FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 92

Contribution à l'Étude Pratique de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota

---

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 27 Novembre 1958

PAR

Jacques SORMANI

Né le 16 Mai 1932 à Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes)

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. les Professeurs : CREMIEUX — *Président*

J. OLMER
P. MOUREN — *Assesseurs*
H. COLLOMB

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 8

Contribution à l'Etude Pratique de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

Contribution à l'Étude Pratique de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota

---

THESE

orésentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 27 Novembre 1958

PAR

Jacques SORMANI

Né le 16 Mai 1932 à Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes)

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. les Professeurs : CREMIEUX — *Président*

J. OLMER
P. MOUREN — *Assesseurs*
H. COLLOMB

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 8

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT
Secrétaire principal : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, MONGES, MOIROUD, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	De VERNEJOUL
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique otorhinolaryngologiste	APPAIX
Clinique urologique	N...
Endocrinologie médicale	VAGUE
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	DOR.
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Stomatologie	MARONNEAUD
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaire

M. ROUX

M. MOURGUE

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
CORRIOL
CRISTAU
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
GEVAUDAN
GREBUS
LISSITZKY
J. MERCIER
PASTOR
PAYAN
STAHL
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERARD
BERNARD René
BONNAL
CHAMPEIX
CHARPIN
CHAUVIN
COMITI
DALMAS
DEVIN
FARNARIER
GERARD
LEGRE
MOUREN
ORSINI
REBOUD
SARLES
SERMENT
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
GRANJON
HENRY
IMBERT
LAVAL
LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

Physiologie ..... M. ZWIRN

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD

Agrégé chargé d'enseignement

Dermatologie ..... M. TEMIME

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON PERE

« Car le disparu, si l'on vénère sa mémoire, est plus présent et plus puissant que le vivant. »

A MA MERE

A MON FRERE

A MA BELLE-MERE

A ISABELLE ET OLIVIER

Ceux que j'aime.

Au Docteur Robert SIGNORET

Au Docteur Jean PASTUREL

Au Docteur Pierre MOUTIN

A Monsieur et Madame Pierre GAL

Mes Amis.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur CREMIEUX

Professeur de Clinique des Maladies du Système Nerveux

Qu'il nous soit permis de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider le Jury de notre thèse. Nous avons été très sensible à son accueil empreint de bonté et de bienveillance.

Nous le prions de recevoir ce travail en hommage profondément respectueux.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE :

A Monsieur le Professeur Jean OLMER
Professeur de Clinique Médicale et Thérapeutique

Il incarne à nos yeux les traditions les plus hautes de la Médecine Française. Nous sommes heureux et fier de le compter parmi nos juges.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé MOUREN

La remarquable clarté de son enseignement a été pour nous un sujet d'admiration. Sa douceur et son extrême courtoisie font que c'est un véritable plaisir pour nous de le compter parmi les membres de notre Jury.

Qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé COLLOMB

Il nous a fait aimer la psychiatrie. Il fut pour nous le Maître, dispensant un enseignement aux résonances si profondes que nous ne pouvons que regretter de n'en avoir pas bénéficié davantage.

Nous lui sommes reconnaissant de la simplicité de son abord humain. L'impitoyable rigueur scientifique de sa culture, jointe à une inlassable curiosité de l'inconnu, nous ont rendu conscient de nos insuffisances et désireux d'y remédier.

Nous le remercions d'avoir inspiré le sujet de cette thèse qui nous a donné bien du mal mais aussi quelques satisfactions.

A Monsieur le Médecin Colonel BLAN

Médecin des Hôpitaux Militaires

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Michel-Lévy

Sa paternelle sollicitude nous a conduit à considérer Michel-Lévy comme « notre » hôpital.

Qu'il veuille bien croire à notre respectueux dévouement.

A Monsieur le Médecin Commandant SALLES

Médecin des Hôpitaux Militaires

Spécialiste de Neuro-Psychiatrie

Ce fut pour nous un grand plaisir que d'être son interne. Nous n'oublierons pas ces quelques mois passés sous son égide.

A Monsieur le Médecin Capitaine BERT

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il fut pour nous l'ancien. Nous le remercions d'avoir guidé nos premiers pas en psychiatrie de ses conseils.

Aux Médecins et au Personnel
du Service de Neuro-Psychiatrie
de l'Hopital Michel-Lévy

A mes Maitres
des Facultés de Médecine de Marseille et Lyon

A mes Maitres
des Hopitaux Civils et Militaires

A mes Camarades du Détachement de Marseille
et de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A mes Camarades du Service de Santé
Morts au Champ d'Honneur

En présentant ce travail, nous voulons remercier tous ceux qui nous ont aidé dans sa réalisation et, en particulier, M^lle Jeanine Blanc-Garin et M. Francis Chabert, psychologues du Service, avec lesquels nous avons travaillé dans une chaude ambiance de camaraderie.

Nous remercions notre ami Pierre Gal pour son aide technique.

« Le problème ne nous paraît plus se situer actuellement au niveau de la discussion de l'utilité ou de la non-utilité des tests de personnalité en psychiatrie. La majorité des psychiatres est convaincue de cette utilité. Il se situe dans l'examen des méthodes les plus valables, de la technique d'emploi et des indications. »

PIERRE PICHOT

« Les tests de personnalité en psychiatrie. »

INTRODUCTION

L'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota a été présenté pour la première fois en 1940 par ses auteurs : S.R. Hathaway et Mc Kinley, ce faisant : « leur but était de mettre à la disposition des cliniciens un instrument :

a) explorant le plus largement possible les différents aspects de la personnalité normale et pathologique ;

b) d'application facile et pratique en clinique ;

c) comportant tous les perfectionnements techniques statistiques susceptibles d'en améliorer et d'en contrôler la validité ;

d) validé de façon complètement empirique (1) ».

Nous avons utilisé ce test dans le service de clinique neuro-psychiatrique de l'Hôpital Militaire Michel-Lévy, afin de nous rendre compte des services qu'il peut rendre.

Le compte rendu de notre travail sera précédé d'une partie théorique destinée à montrer la structure du test et sa signification.

Dans une dernière étape, nous commenterons les divers travaux français et étrangers qui traitent de la question et nous comparerons les opinions émises aux résultats que nous aurons obtenus.

(1) P. Pichot.

Première partie

STRUCTURE ET SIGNIFICATION DU M.M.P.I.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

I. - HISTORIQUE

Le premier article concernant le M.M.P.I. parut en 1940 sous la signature des auteurs dans le *Journal of Psychology*. En 1943, les Presses de l'Université du Minnesota publièrent le matériel du test et le premier manuel. En 1946, un manuel supplémentaire fut édité concernant l'échelle K et la forme collective. C'est dans ce manuel qu'apparaît pour la première fois l'échelle d'introversion-extraversion sociale de Drake. Dans le courant de l'année 1957, le Centre de Psychologie Appliquée construisit des étalonnages à l'usage de la population française. Ce sont ces derniers que nous avons utilisés.

II. - NATURE ET COMPOSITION

Le M.M.P.I. (abréviation pour Minnesota Multiphasic Personality Inventory) est un questionnaire. Il se compose de 550 questions ou items auxquels le sujet testé est prié de répondre « vrai », « faux », ou « je ne sais pas ». Ces items sont répartis en 13 échelles, chacune mesurant un trait de personnalité distinct. Ces échelles se répartissent ainsi :

1° *Les échelles de validité*, destinées à contrôler la sincérité du sujet testé. Elles sont au nombre de trois : L, F et K, auxquelles s'adjoint une échelle « Je ne sais pas » ou « ? », qui mesure le nombre d'items auxquels le sujet n'a pas répondu.

2° *Les échelles cliniques principales*, au nombre de dix : 1 : hypocondrie (Hs) ; 2 : dépression (D) ; 3 : hystérie (Hy) ; 4 : déviation psychopathique (Pd) ; 5 : masculinité-féminité (Mf) ; 6 : paranoïa (Pa) ; 7 : psychasthénie (Pt) ; 8 : schizophrénie (Sc) ; 9 : hypomanie (Ma) ; 0 : introversion sociale (Si). D'autres échelles faites avec les items du M.M.P.I. sont venues s'ajouter par la suite. Celles que nous avons indiquées sont les échelles courantes.

III. - CORRECTION

A chaque échelle correspond une ou deux grilles perforées. Ces grilles sont apposées sur la feuille de réponse du sujet. On compte le nombre de réponses significatives et on obtient ainsi un total ou « score » brut pour chaque échelle. Ces scores bruts ou « raw scores » sont ensuite reportés sur un graphique et on obtient une courbe caractéristique du sujet testé. Pour pouvoir comparer entre eux ces scores bruts, on les convertit en un score standart ou « T score ». On a attribué le score T de 50 à la moyenne des normaux. Au-dessus de 70, on entre dans le domaine du pathologique.

IV. - CODING

Afin de donner une représentation numérique des courbes, nous avons utilisé la méthode de Welsh qui consiste :

1° A représenter toutes les échelles par leur symbole numérique et dans l'ordre décroissant de leur élévation ;

2° A utiliser des symboles en rapport avec l'élévation des échelles :

— On place le symbole * après la dernière échelle dont le score T est égal ou supérieur à..... 90
— - d° - " - d° - 80
— - d° - ' - d° - 70
— - d° - — - d° - 60
— - d° - / - d° - 50
— - d° - : - d° - 40
— - d° - ♯ - d° - 30

Cette méthode a l'avantage de permettre de représenter *toutes les échelles* par leur numéro suivi du symbole qui permet de savoir où elles se placent sur la courbe.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

S.R. Hathaway : « Construction of the schedule ». *Journal of Psychology*, 1940, 10, 249-254.

S.R. Hathaway and J.C. McKinley : « Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual ». Revised 1951. Edited by the Psychological Corporation.

H. Hartsthorne, M.A. May and F.-K. Shuttleworth : « Studies in the nature of character : III. Studies in the organization of character ». New-York. Mac-Millan, 1930.

G.S. Welsh : « An extension of Hathaway's M.M.P.I. profile coding system ». *Journal of Consulting Psychology,* 1948, 12, 343-344.

CHAPITRE II

CONSTRUCTION DES ÉCHELLES

La manière de construire et de valider les échelles a toujours été la même, aussi en parlerons-nous une fois pour toutes, nous réservant le loisir de revenir sur chaque échelle pour définir ses particularités.

1° CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE DE BASE

Les auteurs rassemblèrent plus de mille items provenant de différentes sources :

a) Un certain nombre d'items ont été tirés des techniques d'examen psychiatriques et de l'expérience clinique des auteurs.

b) D'autres ont été sélectionnés d'après les échelles d'attitudes sociales et personnelles les plus récentes.

De ces mille items, les auteurs en ont supprimé près de la moitié : les doubles et ceux qui s'avérèrent sans intérêt.

2° CONSTITUTION DES GROUPES CRITERES

Dans chacune des catégories cliniques pour lesquelles les auteurs désiraient construire une échelle de mesure, leur premier soin a été de sélectionner des groupes de malades présentant de façon particulièrement pure l'affection en cause.

Notons au passage qu'ils ont utilisé la nosologie de Kræpelin et qu'ils prennent soin de toujours définir leurs catégories cliniques, ce qui évite tout risque de confusion.

3° CONSTITUTION DES GROUPES NORMAUX

Les auteurs ont utilisé des adultes des deux sexes pris au hasard parmi les visiteurs des malades de l'Hôpital de l'Université du Minnesota. Ils ont également retenu des

jeunes étudiants de l'Université du Minnesota, afin d'éliminer l'influence de l'âge et du niveau culturel sur les résultats.

Pour que les personnes puissent entrer dans la composition de ces groupes, il suffisait qu'elles déclarent ne pas être en cours de traitement médical. Les âges totaux s'étalaient de 16 à 45 ans. Les adultes étaient choisis parmi des personnes mariées mais rarement mari et femme.

Les étudiants étaient célibataires. En opérant de cette façon, les auteurs pensaient avoir constitué des groupes normaux reflétant la population générale du Minnesota et de niveau social généralement comparable à celui des malades de l'hôpital, c'est-à-dire des classes moyennes.

4° CONSTRUCTION DES ECHELLES PRELIMINAIRES

Les groupes normaux et groupes critères ont été soumis au questionnaire de base. Les items différenciant d'une manière significative du point de vue statistique les normaux des malades furent retenus. Ainsi furent formées pour chaque catégorie clinique représentée par un groupe critère, des échelles préliminaires.

5° CONSTRUCTION DES ECHELLES DEFINITIVES

Afin de vérifier la validité des échelles ainsi constituées, les auteurs utilisèrent des groupes sélectionnés avec moins de soin que les groupes critères. Ils furent appelés « cas-test ». En constituant ces groupes, le souci des membres de l'équipe psychiatrique fut de se servir de malades de diagnostic courant tel qu'un praticien l'aurait fait dans la pratique quotidienne. En effet, le M.M.P.I. n'est pas destiné à être un instrument de recherche mais un test d'usage courant.

Avant d'être définitivement admise, l'échelle préliminaire devait prouver qu'elle était capable de différencier les normaux des « cas-test ». Si sa faculté de différenciation n'était pas suffisante, elle subissait des améliorations jusqu'à ce que les auteurs se déclarent satisfaits.

Remarques

Il s'est trouvé des items significatifs pour plusieurs syndromes cliniques à la fois : par exemple dépression et

schizophrénie. Ils ont été éliminés ou utilisés dans une seule échelle. Au contraire, comme dans le cas des échelles Sc (schizophrénie) et Pt (psychasthénie), les auteurs déclarent que les corrélations sont désirables car les syndromes se recouvrent.

Ils insistent sur le fait que la dérivation des items pour une échelle n'a jamais dépendu du contenu d'un item. Aucun item n'a jamais été éliminé d'une échelle parce que son contenu ne semblait avoir aucune relation avec le syndrome étudié. Inversement, aucun item n'a jamais été arbitrairement accepté sans qu'il ait fait *expérimentalement* la preuve de son efficacité.

CHAPITRE III

LES ÉCHELLES DE VALIDITÉ (1)

Les échelles de validité du M.M.P.I. sont destinées à réduire l'influence de l'attitude du sujet au moment du test sur les réponses qu'il fait et sur les scores qui en résultent.

Ce problème de l'attitude du sujet n'est pas propre au M.M.P.I. et il a préoccupé de nombreux auteurs. Il est indispensable d'en dire quelques mots avant de passer à la construction et à la signification des échelles de validité proprement dites.

Parmi les auteurs qui ont traité de ce problème, nous citerons : Adams, Bernreuter, Allport, Bills, Bordin, Eisenberg et Wesman, Guilford, Humm et Wadsworth, Kelly, Miles et Terman, Lavid, Landis et Katz, Maller, Obson, Rosenzweig, Ruch, Strong, Symonds, Vernon, Washburne, Villoughby et d'autres...

Les distorsions résultant de l'attitude du sujet au moment du test peuvent être ramenées à deux catégories :

— Une attitude de défense tendant à minimiser les symptômes pathologiques et à se présenter sous un jour favorable.

— Une attitude d'exagération opposée, faite d'autocritique scrupuleuse et qui conduit à amplifier les composantes anormales.

Les extrêmes de ces attitudes représentent des tentatives de truquage ou de simulation soit dans le sens normal, soit dans le sens pathologique.

Différents moyens ont été utilisés pour tourner cette difficulté parmi lesquels nous citerons brièvement :

— déguiser le sens des questions, préserver l'anonymat du sujet ; poser des questions à la 3e personne dans lesquelles on demande au sujet de se comparer à « il » (moyen utilisé par Maller dans ses « Character sketches »), imprimer les questions sur des cartons (Maller dans ses « Personality sketches » et Hathaway et Mc Kinley dans le M.M.P.I.).

Aucun de ces moyens n'est vraiment efficace.

Rosenzweig propose alors non pas de chercher à

éliminer ces facteurs de distorsion mais de les mesurer et de déterminer ainsi des facteurs de correction :

« Might it not be more effective to recognize at the outset that such tests information have certain limitation that can never be completely circumvented and then go to the measurement of these limiting factors themselves, thus obtaining information by which a correction may be applied to the subjects answers. » (Ne serait-il pas plus efficace de reconnaître au début que de tels tests ont des limitations que l'on ne peut jamais complètement circonvenir et de mesurer ces facteurs de limitation et de ce fait obtenir des informations à l'aide desquelles on pourrait appliquer une correction aux réponses du sujet.)

Maller et Cady dans la forme modifiée du Woodsworh Psychoneurotic Inventory répètent les items sous une forme négative. Ce moyen fut abandonné car le fait de répondre différemment à des questions posées sous forme inverse n'est pas forcément synonyme de distorsion.

Hartshorne et May dans le « Character Education Inquiry » ont utilisé un autre moyen : ils introduisent des items tendant à parer le sujet testé de tous les traits humains désirables. Si la fréquence de réponses à ce genre d'items est significativement élevée, on peut penser que le sujet n'est pas sincère.

Humm-Wadsworth dans leur « Temperament-Scale » et les auteurs du M.M.P.I. ont repris cette méthode : l'échelle L du M.M.P.I. est fondée sur ce principe.

Ruch a construit une échelle d'honnêteté pour le Bernreuter en faisant faire le test normalement puis en le faisant refaire en donnant comme consigne de truquer.

Cardinet et Hunt (3) ont étudié la question pour le M.M.P.I. du seul point de vue de l'analyse factorielle : la composition factorielle des échelles du M.M.P.I. reste relativement indépendante de l'attitude des sujets. Les échelles de névrose paraissent les plus stables dans leur composition factorielle et les échelles Sc et Ma sont celles dont la signification change le plus avec l'attitude des sujets.

Echelle L

15 items furent sélectionnés pour cette échelle d'après le principe dont nous avons parlé plus haut au sujet du travail de Hartshorne et May.

Chacun de ces items présente une situation socialement désirable mais rarement vraie pour les individus.

Exemple : « Je lis tous les éditoriaux des journaux tous les jours. »

Ces items constituent un piège pour quelqu'un désirant donner de lui une impression exceptionnellement favorable.

Pour les normaux, le score brut est aux alentours de 4, pour 10, il n'y a que 2 à 3 % des sujets normaux. Cette valeur a été gratifiée du score T de 70.

Les auteurs signalent eux-mêmes que l'échelle L n'est à même de détecter que des tentatives de simulation grossières. Elle n'est pas très satisfaisante pour des sujets évolués.

Echelle F

Cette échelle comprend 64 items. Ces items, de même que ceux de l'échelle L, ne furent pas validés formellement à l'origine. Ils furent utilisés pour leur valeur faciale et validés par la suite. Le score le plus haut de la distribution approche de la moitié des items. Chez les personnes normales, les fréquences tombent rapidement aux alentours de 7. On a assigné le score T de 60 à cette valeur. Pour un total brut de 12, la fréquence est à 2 ou 3 % des normaux. On a arbitrairement donné le score T = 70 pour un score brut de 12 (il s'agit bien entendu des étalonnages américains donnés par les auteurs).

Ces 64 items comprennent :

1° des allégations de troubles psychiatriques graves, tels que : des hallucinations (48, 66, 184), des idées d'influence (200, 275, 291, 293), des idées de persécution (35,54, 121, 123, 151, 197, 200, 215, 252), des idées asociales (49, 56, 65, 83, 113, 139, 177, 205, 215, 220, 247, 269), des idées de culpabilité (202, 209), des idées de perversité (85, 218, 269, 276), des idées d'isolement et de désintérêt (112, 115, 164, 196, 210, 252, 256, 258, 286).

2° des items se rapportant à des troubles somatiques (14, 31, 34, 246, 288).

3° des items névrotiques (31, 146, 169, 215, 227, 247).

4° des items difficilement classables comme des croyances au supra-naturel (53, 206), des idées de folie (168).

Comme on peut le voir d'après la composition de cette échelle, elle montre plusieurs choses :

a) les sujets souhaitant se placer sous une lumière défavorable obtiennent des scores élevés. A la limite de cette attitude, les personnes désirant simuler une affection psychiatrique obtiendront à fortiori un total important.

b) il en sera de même quand le sujet ne comprend pas

les questions. (Il répondra n'importe comment, donc aura des chances d'augmenter son total.)

c) également quand le correcteur se trompe entre les items vrai ou faux : les réponses normales devenant par voie de conséquence très anormales.

d) on peut remarquer de même que des sujets atteints d'affections psychiatriques graves verront leur total à l'échelle F s'élever en proportion de leur degré d'anormalité.

Il n'est pas possible à l'aide de cette seule échelle de différencier ces différentes catégories entre elles. D'autres éléments du test, et même en certain cas, de la clinique seront nécessaires pour cela.

Echelle K (2)

Comme l'échelle F et selon le propos de Rosenzweig elle est destinée non pas à supprimer les facteurs résultant de l'attitude du sujet au moment du test mais à les mesurer. Comme F mesurait le tour défavorable donné aux réponses, l'échelle K mesure l'attitude opposée. Elle est due aux travaux de Meehl et Hathaway. Elle comprend 30 items se décomposant comme suit : 22 items provenant d'une échelle L 6 construite d'après la comparaison entre des groupes normaux et 50 malades d'un hôpital psychiatrique dont les profils pouvaient être classés parmi les normaux mais où l'échelle L montrait un résultat T = 60 ou plus. Ces malades avaient reçu des diagnostics de personnalités psychopathiques, alcooliques et autres indiquant plutôt des troubles du comportement. 8 items de correction furent ajoutés, destinés à améliorer la capacité sélective de l'échelle 6. Ces 30 items constituent l'échelle K. Elle est corrélée avec les items d'hystérie subtile, dont nous parlerons plus loin. Elle rend d'éminents services dans le cas de profils à la limite de la normale que les auteurs américains appellent les « borderlines profiles » : un profil de ce type reçoit une interprétation plus défavorable si l'échelle K est élevée que si elle est basse. En se livrant à des études de validation sur de tels profils Meehl et Hathaway constatèrent que la correction K jouait plus pour certaines échelles que pour d'autres : les échelles Pt (psychasthénie) et Sc (schizophrénie) sont très affectées par le facteur K, Hs (hypocondrie) et Pd (déviation psychopathique) moyennement, Ma (manie) peu et D et Pa (paranoïa) pas du tout. En effet D (dépression) contient déjà une échelle de correction appelée Cd, Hy contient le facteur K dans les items subtils, quant à Pa 1/4 de ces items sont de types subtils. Or il semble que les échelles

qui sont les plus subtiles échappent à la distorsion et par conséquent sont peu affectées par la correction K. Le problème qui s'est posé a donc été de déterminer la fraction de K qu'il fallait ajouter à chacune des 5 échelles sensibles à cette correction. Pour ce faire, les auteurs se sont livrés à des considérations mathématiques que nous ébaucherons ici :

Si Z est la valeur brute de K, λ la fraction de K que l'on cherche à déterminer, x le score de l'échelle que l'on étudie, y le score de cette même échelle après correction, on a :

$$y = x + \lambda z$$

On peut faire la somme des carrés de y *pour les anormaux x :*

$$SS\ a = \Sigma a\ (y)^2 = \Sigma a\ (x + \lambda z)^2$$

de même pour les normaux :

$$SS\ n = \Sigma n\ (y)^2 = \Sigma n\ (x + \lambda z)^2$$

Les auteurs définissent un rapport différentiel $\frac{SSa}{SSn}$ comme étant un index de différenciation pour une valeur donnée de :

$$\frac{SSa}{SSn} = \frac{\Sigma a\ (x + \lambda z)^2}{\Sigma n\ (x + \lambda z)^2}$$

Des valeurs arbitraires de λ furent essayées (.1, .2, .3, etc.) et les meilleures furent retenues.

Les corrections finalement choisies furent :

Hs + .5 K Pt + 1.0 K Ma + .2 K
Pd + .4 K Sc + 1.0 K

Les auteurs insistent sur le point que ces corrections sont optima pour différencier des malades psychiatriques de la population normale du Minnesota. Pour d'autres buts, elles pourraient être différentes.

Meehl a émis l'hypothèse d'une relation entre le total à l'échelle K et le niveau socio-économique. Si ces résultats se confirmaient, il serait intéressant de voir dans quelle mesure le fait d'être membre de la haute société engendre un mode particulier de défense.

L'Index F-K

De nombreux auteurs, à la suite de H.G. Gough, proposèrent d'utiliser l'index F-K comme indication de l'attitude des sujets au moment du test.

Dans une première publication (4), Gough lui-même

propose d'utiliser la valeur F-K = + 4 comme limite au-dessus de laquelle il y aurait simulation dans les cas de névrose, et F-K = + 16 pour les psychoses.

— Hunt propose F-K = + 11 (6).

— Cofer utilise + 16 pour la simulation de maladie mentale. En prenant — 11, il détecte les sujets désireux de se présenter sous un jour favorable mais également 19 sur 27 des normaux.

— Bird propose + 4, valeur avec laquelle il sélectionne 81 % de simulateurs sur ordre.

— Dans une seconde publication (5) Gough propose + 9, coefficient avec lequel il détermine 97 % des normaux et 74,6 % des simulateurs.

— Maclean, Tait et Catterall (7) proposent de considérer les profils ayant un F-K supérieur à + 2 comme exagérés ou inhabituellement honnête et d'esprit critique.

a) de 0 à 10 ils considèrent les profils comme normaux.

b) de — 11 à — 16, ils considèrent les profils comme douteux.

c) au-dessus de — 17, il s'agit d'une simulation dans le sens favorable.

Nous voyons que les opinions sont partagées. Pour notre part, nous adopterons les conclusions suivantes :

— L'attitude de simulation favorable, le « faking good » des Américains, n'est pas très bien détectée par l'index F-K. Un grand nombre de normaux, surtout des jeunes étudiants, ont un F-K fortement négatif.

— Un F-K supérieur à + 14 attire notre attention : il peut s'agir d'une simulation pathologique (« faking-bad »), d'une incompréhension ou d'une grave affection.

Nous pensons qu'il est difficile d'être aussi catégorique que les auteurs cités : ces derniers ont surtout travaillé avec des individus normaux ayant reçu consigne de truquer leur test. Dans un service de psychiatrie, il n'en va pas de même. Un individu qui simule une affection mentale, même dans un but utilitaire, est-il vraiment « normal » ?

D'autre part, certaines affections purement névrotiques comme l'hystérie par exemple, amènent le malade à exagérer son comportement pathologique, ce qui se traduit par un test d'allure psychotique avec un F-K très élevé. Ces malades sont des simulateurs si l'on veut, il n'en reste pas moins qu'ils ne sont pas normaux mais hystériques.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — P.E. Meehl et S.R. Hathaway : « The K factor as a suppressor variable in the M.M.P.I. ». *Journal of Applied Psychology,* 1946, 30, 525-564.

2 — J.C. McKinley, S.R. Hathaway et P.E. Meehl : « The K Scale ». *Journal of Consulting Psychology,* 1948, 12, 20-31.

3 — J. Cardinet et H.F. Hunt : « L'influence de l'attitude des sujets sur la composition factorielle du M.M.P.I. ». *Revue de Psychologie Appliquée,* t. 5, n° 2, avril 1955.

4 — H.G. Gough : « The F. minus K dissimulation » index for the M.M.P.I. *Journal of Consulting Psychology,* 1950, 14, 408-413.

5 — H.F. Hunt : « The effect of deliberate deception on Minnesota Multiplasic Inventory Performances ». *Journal of Consulting Psychology,* 1948, 12, 396-402.

6 — Angus C. Mac Lean, Arthur T. Tait et Calvin D. Catterall : « The F minus K index on the M.M.P.I. ». *The Journal of Applied Psychology,* vol. 37, n° 4, 1953.

CHAPITRE IV

LES ÉCHELLES CLINIQUES

L'ECHELLE 1 (Hypocondrie) - Symbole Hs

Définition

Pour les auteurs, l'hypocondrie est une « préoccupation anormale, psychonévrotique au sujet de la santé corporelle ». Ils se réfèrent à la classification adoptée par l'American Association (Classification of Mental Disorders. Psychonévrose hypocondriaque).

Construction

50 malades furent soigneusement sélectionnés pour l'établissement de l'échelle. Toute hypocondrie, même importante, mêlée à d'autres perturbations de la personnalité fut éliminée, le dessein des auteurs étant de sélectionner une entité nosologique la plus pure possible.

Les groupes normaux furent sélectionnés comme suit :

a) 109 hommes et 153 femmes de 26 à 43 ans, mariés mais rarement mari et femme. Ils furent choisis parmi les visiteurs des malades de l'hôpital ou parmi les personnes accompagnant les malades soignés à titre externe. Ils affirmèrent n'être pas traités par un médecin. Ils peuvent être comparés à l'ensemble des malades de l'hôpital, du point de vue social, c'est-à-dire aux classes moyennes. Ils provenaient de tous les coins du Minnesota, aussi bien urbains que ruraux.

b) 265 étudiants de l'Université du Minnesota, représentant un groupe d'adolescents célibataires destinés à éliminer les variations dues à l'âge, au statut marital, au niveau socio-économique, à l'intelligence et à l'éducation.

Sélection des items

Elle fut opérée de la manière habituelle. Chaque item n'étant sélectionné que s'il montrait une différence d'au moins deux fois l'erreur standard dans le pourcentage de la fréquence des réponses entre le groupe critère et le groupe normal. Dans quelques cas, le pourcentage de réponses du groupe de collégiens égala ou dépassa celui

du groupe hypocondriaque, bien que tous les deux soient différenciables du groupe normal d'adultes. Chaque fois que des différences apparurent être liées au statut marital ou à l'attitude envers ses enfants, les items furent exclus sur la base qu'ils ne peuvent pas s'appliquer à la population générale.

Correction

On obtint un score préliminaire : score H sur tous les cas psychiatriques hospitalisés, auxquels le questionnaire de base complet avait été administré. Comme on s'y attendait, de nombreux cas de franche psychose obtinrent un haut score d'hypocondrie. Contrairement à l'attente, un certain nombre de sujets présentèrent un score élevé bien que l'équipe psychiatrique n'ait pas décelé d'hypocondrie. On était donc amené à construire une échelle de correction.

50 cas où le score H était élevé furent sélectionnés parmi les malades mentaux présentant peu ou pas d'hypocondrie.

Par l'étude des pourcentages comparés de réponses aux 504 items, on détermina des items qui les différenciaient des hypocondriaques. Ils furent groupés en une échelle CH (correction de l'échelle H).

Le score H-CH est supérieur, comme moyen de différenciation au score H. En particulier H-CH permet d'éliminer des cas ne présentant pas d'hypocondrie mais ayant néanmoins un score H élevé.

Remarques

L'étude de la distribution de fréquence des scores de l'échelle H-CH montre qu'un certain nombre de normaux ont des résultats comparables aux hypocondriaques. Ceci est en accord avec l'opinion répandue dans les milieux médicaux et psychiatriques, qu'un certain nombre de soi-disant normaux souffrent d'hypocondrie ou autres troubles névrotiques.

Le résultat du groupe de cas psychyiatriques divers est révélateur du pouvoir discriminatif du test : on sait que ce groupe comprend des malades exclus de l'échelle d'hypocondrie, parce que leur hypocondrie est mêlée à d'autres symptômes plus marquants. Malgré cela, ce groupe a des résultats à peine plus hauts que les normaux, et en tous cas plus bas que les hypocondriaques (25 hypocondriaques ont une moyenne de 74,2, 45 cas psychiatriques divers ont une moyenne de 55,7).

Les gens mariés ont un score plus élevé que les

célibataires. Les femmes ont un résultat plus élevé que ceux des hommes de leur catégorie.

Une maladie physique n'élève pas notablement le résultat : 50 malades de médecine générale ont une moyenne de 58,1 contre 74,2 aux hypocondriaques.

L'Echelle Hs + .5 K

L'échelle H-Ch fut ultérieurement remplacée par une autre échelle d'hypocondrie dont les items Ch étaient exclus. Cette suppression se révéla excessive et .5 K fut rajoutée comme terme de correction, Ch et K ayant une bonne corrélation négative.

En bref, Hs + .5 K est un compromis entre l'échelle purement somatique et la vieille échelle H-Ch.

L'ECHELLE 2 (Dépression - Symbole D)

Définition

Les auteurs entendent par « symptomatic depression » un état cliniquement reconnaissable, au moment du test, par : « un mauvais moral avec tendance à l'incapacité à considérer l'avenir avec l'optimisme normal, absence de confiance en soi, inquiétude, manque d'intérêt, introversion anxieuse ».

Etablissement de l'échelle

Ils ont choisi :

a) Un groupe de 139 hommes mariés âgés de 26 à 43 ans et 200 femmes mariées âgées de 26 à 43 ans.

b) Un groupe de 263 étudiants de collège.

c) 40 personnes normales ayant une échelle de dépression élevée à une échelle préliminaire de dépression.

d) 50 malades sans dépression cliniquement décelable mais avec une tendance à avoir un résultat élevé à l'échelle préliminaire.

e) 50 malades soigneusement choisis comme dépressifs pour servir de groupe témoin.

Le groupe « a » est considéré comme normal.

Le groupe « b » a été pris pour contrebalancer l'effet de l'âge sur la dépression.

Le groupe « c » est le groupe normal dépressif.

Le groupe « d » est le groupe non-dépressif.

Le groupe « e » est le groupe critère.

On a commencé par comparer les réponses pour chaque item du groupe normal et du groupe critère. Chaque item, pour être conservé, devait se retrouver plus de 2 fois l'erreur standard.

On a éliminé ensuite chaque item qui faisait des différences dans le sexe ou qui ne donnait pas de différence significative avec les étudiants.

Il resta 70 items qui constituèrent l'échelle préliminaire de dépression.

A l'aide de cette échelle préliminaire, on testa tous les normaux et tous les psychiatriques. On trouva qu'un certain nombre de malades ne présentait aucun signe clinique de dépression et scorait plus haut que les normaux. Une correction était donc nécessaire. Dans ce but, on détermina le groupe non-dépressif ayant un résultat élevé, à l'échelle préliminaire et n'ayant pas de signes cliniques de dépression. On détermina également le groupe normal dépressif : 40 personnes tirées du grand groupe normal ayant les scores les plus hauts pour les normaux.

Dans la détermination des items finaux, on a exigé :

1° Que chaque item montre une augmentation progressive de fréquence du groupe normal jusqu'au critère en passant par le groupe normal dépressif, étant entendu que le groupe normal dépressif doit être moins dépressif que le groupe critère mais plus que le groupe normal. (La différence de % entre le normal et le critère étant toujours de 2,5 fois ou plus l'erreur standard.)

2° Le groupe non dépressif devait avoir un % se rapprochant de la normale.

Composition

60 items furent finalement choisis. Dans ces 60 items, il y en a 11 qui sont des items de correction destinés à maintenir bas les scores de cas n'appartenant pas à la catégorie clinique. Ils ne sont pas spécialement indicatifs de dépression mais différencient clairement les non-dépressifs des dépressifs. En se servant du groupe normal dépressif, les auteurs ont espéré rendre l'échelle plus valide et permettre de différencier une dépression vraiment anormale d'une dépression normale.

Pour vérifier la validité de l'échelle, on sélectionna 35 cas que l'on appela « test cases ». Ce n'étaient pas tous des cas évidents de dépression, mais ils constituaient un

groupe clairement différenciable d'un groupe normal, bien que certains se soient remis de leur dépression avant le test.

En résumé : l'échelle de dépression révèle que :

— On peut significativement séparer des dépressifs (M = 26,2 sur 223 cas), des normaux (M = 18,14 sur 690 cas) dans un large pourcentage de cas.

— On peut également différencier des malades ayant un degré de dépression modéré.

— Les femmes scorent plus haut que les hommes et ce, de plus en plus lorsque l'âge augmente (16,9 contre 14,77 pour des étudiants, 17,36 pour 73 hommes et 20,23 pour 113 femmes entre 36 et 45 ans).

— Des malades de psychiatrie scorent plus haut que ceux des autres branches et ces derniers plus hauts que les normaux.

413	malades	de psychiatrie	ont une moyenne de	24,44
229	»	médecine générale	»	21,7
690	normaux	»	»	18,14

L'ECHELLE 3 (Hystérie - Symbole Hy)

Généralités

L'échelle originale a été maintes fois améliorée. Paradoxalement, les échelles suivantes n'ont pas toujours été meilleures. Ceci était dû au fait que le concept clinique n'est pas clairement défini ; également à la coexistence des phénomènes hystériques avec d'autres signes névrotiques chez un même individu, ou à l'incapacité des membres du « staff » d'être sûrs qu'il s'agisse bien de réactions hystériques chez des individus pouvant présenter des maladies organiques.

Etablissement

Les malades du groupe critère provenaient principalement du service de psychiatrie de l'Université du Minnesota. Ils avaient le diagnostic de psychonévrose hystérique ou ils avaient été reconnus comme ayant des caractéristiques hystériques dans les troubles de la personnalité qu'ils présentaient.

Lorsque les cas comportaient un simple symptôme de conversion, tel qu'une aphonie, une crampe occupationnelle

ou une aire anesthésique inexpliquée, le diagnostic concordait généralement. Dans certains cas, il subsistait un doute : possibilité d'hypocondrie ou de début de schizophrénie.

Composition

Le groupe final comportait 50 cas. Les items finalement sélectionnés étaient plusieurs fois identifiés par plusieurs critères.

Ces items appartenaient à plusieurs catégories :

1° Maladies somatiques (maux de tête, tremblements, vertiges).

2° Groupe négativement corrélatif consistant en des énoncés montrant que le patient se considère comme exceptionnellement bien socialisé.

Par exemple : « Je dois souvent lutter contre le fait de montrer que je suis timide. » « Je m'excite facilement mais ça passe vite. »

« Certaines gens ont un esprit de domination tel que j'ai envie de faire le contraire de ce qu'ils attendent de moi, même si je sais qu'ils ont raison. »

Malgré leur implication d'un agencement social organisé, les items comportent un sens de « malheur » et « cafard ». Ces items doivent être mis en parallèle avec ceux dans lesquels le patient prétend ne pas être brimé ou réprimé par les autres. Nous verrons que ces items constitueront respectivement :

1° L'échelle d'hystérie évidente.

2° L'échelle d'hystérie subtile de Wiener.

En dehors des items cités, il y en avait un certain nombre de type somatique. Il était dès lors apparent que la corrélation de l'échelle finale adoptée serait plutôt élevée avec celle que l'on avait prévue pour l'hypocondrie (l'échelle H, anciennement H-Ch).

Construction

Il semblait indiqué de diminuer cette corrélation en diminuant autant d'items somatiques que possible. L'élimination de ces items somatiques introduisit une nouvelle difficulté : après l'élimination de ces items, il apparut une forte corrélation avec l'âge et l'éducation (le nouveau score

des gens du groupe des collèges était plus élevé d' 1/2 Σ [1] que ceux des gens plus âgés). On fut ainsi amené à introduire quelques items somatiques hautement corrélés (r = .52 normaux et r = .71 cas cliniques) entre l'hypocondrie et l'hystérie. Il subsiste malgré tout une certaine relation avec l'âge et l'intelligence mais la corrélation est valide du point de vue clinique.

Différence avec Hs

Bien que du point de vue statistique les faits militent en faveur du maintien des deux échelles Hy et Hs, l'expérience clinique restait le facteur déterminant le plus important. Les cliniciens qui se servaient des deux échelles affirmaient qu'il y avait une différence indubitable et cliniquement valable entre 2 personnes ayant des scores élevés en Hy et Hs avec l'un ou l'autre plus élevé. Le pronostic et le traitement était différent. Là où Hs était le plus élevé, la maladie physique était diffuse et demandait souvent moins d'études pour établir la présence d'un facteur psychologique important dans l'incapacité. D'autre part, lorsque Hy était dominant, la personne apparaissait fréquemment normale du point de vue psychologique et sa maladie physique devant simuler de près ou être accompagnée par un syndrome physique commun d'un type appelé maintenant psychosomatique.

Echelle finale

60 items finalement furent choisis pour l'échelle Hy.

Résultats

Le score moyen brut pour 475 femmes normales était de M = 18,80 S.D. [2] = 5,67 et pour 345 hommes normaux : M = 16,50 S.D. = 5,50.

Dans certains cas, les échelles ont une corrélation plus élevée avec d'autres échelles qu'entre elles : cela indique que plusieurs facteurs de personnalité varient ensemble.

Le tableau 2 donne les intercorrélations de Hy avec toutes les autres échelles. Les corrélations avec Hs et D sont apparentes. Dans la pratique clinique, les 3 échelles constituent une sorte de triade névrotique qui caractérise le plus grand nombre de cas observés.

(1) Σ : écart-étalon. Indice de dispersion correspondant à la racine carrée de la moyenne des carrés des écarts individuels à la moyenne « Bernyer et Rennes ». *Vocabulaire de la Psychologie*, de H. Pierron. N.B. 99,72 p. 100 d'une population normale est comprise entre la moyenne et ± 3 écart-étalon ou Σ.

(2) S.D. - standard déviation = écart-étalon ou Σ.

TABLEAU 2

Corrélation de Hy avec les autres échelles

Groupe	Hs	D	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
100 cas normaux.	.52	.55	.37	.44	.13	.28	.05
100 cas psychopathiques	.71	.68	.18	.40	.33	.23	.13

En résumé. — Une échelle Hy a été établie pour identifier les tendances hystériques. Cette échelle apparaît mesurer un trait variable qui est intimement lié à l'échelle précédente d'hypocondrie. La personne qui est caractérisée par Hy tend à être moins évidemment névrotique et particulièrement à avoir, pendant la période d'incapacité, un ensemble plus spécifique de symptômes physiques.

L'ECHELLE 4 (Déviation psychopathique - Symbole Pd)

Définition

L'étude a admis comme groupe de base des personnes reconnues de type associal des personnalités psychopathiques décrites par Henderson, Bleckley et d'autres.

Construction

Le groupe critère principal était composé de malades diagnostiqués personnalité psychopathique de type associal ou immoral. Les patients des 2 sexes étaient âgés de 17 à 22 ans. Aucun d'entre eux ne présentait de psychose ou de névrose : la plupart des cas hystériques ou nettement schizophréniques étaient éliminés. Ces malades étaient caractérisés par leur tendance à voler, mentir, vagabonder, à boire, à user des faux et par des désordres sexuels. Ils n'englobaient pas de types criminels majeurs. La plupart de ces comportements étaient à peine motivés et à peine dissimulés. Tous les cas critères avaient des antécédents de délinquance mineure. Les facteurs sociaux tels que provenance de foyers brisés ou autres ne se manifestaient pas dans de nombreux cas. La proportion féminine était plus grande que la masculine, ce qui pourrait résulter des traitements différents par les tribunaux des délinquants garçons et filles.

Les groupes normaux étaient constitués d'échantillons de la population générale du Minnesota et de collégiens.

Les groupes-tests ont consisté en malades de la section psychiatrie de l'Université, pour lesquels les diagnostics n'étaient pas si soigneusement vérifiés : on admettait qu'il suffisait que le groupe dans son ensemble présente la tendance désirée.

Pour le second groupe-test, les auteurs ont disposé de 100 pensionnaires d'une maison de correction. Tous ces cas avaient été diagnostiqués personnalité psychopatique sans distinction de type.

Les groupes tests essayèrent l'excellence des diverses combinaisons d'items et finalement 50 items furent sélectionnés pour l'échelle Pd.

Composition

Les items peuvent être classés en plusieurs groupes : un de ces groupes concerne des items de mauvaise adaptation sociale. Un autre de ces groupes concerne la dépression et l'absence d'expériences fortement agréables. Un certain nombre d'items concerne également des tendances paranoïaques.

Les items ne sont pas fortement intercorrélés entre eux, contrairement à l'échelle de psychasthénie, ce qui certainement est dû au fait que le diagnostic est basé sur un complexe de facteurs plutôt que sur un seul. L'échelle finale n'est donc pas pure mais délibérément mélangée en ces différents facteurs de façon à fournir une plus grande efficacité clinique.

Résultats

On peut noter que 56 % des cas ayant des scores standard au-dessus de 70 sont âgés de 16 à 25 ans, alors que ces jeunes gens constituent seulement 30 % du gr. normal.

Les scores moyens des normaux furent M = 13,44 pour 897 femmes et 12,55 pour 254 hommes.

Parmi les prisonniers, 59 % ont obtenu des scores supérieurs à 70, parmi les cas cliniques 45 % seulement dépassaient ce niveau. Les scores bruts et les écarts étalons étaient M = 22,61, S.D. = 4,43 pour les prisonniers et M = 21,44, S.D. = 6,23 pour les cas cliniques.

La validité de l'échelle apparaît encore mieux si l'on examine le profil total de chaque test. Il apparaît fréquemment que le score des autres échelles est fortement au-dessous de la moyenne d'un 1/4 ou 1/2 écart-étalon,

laissant le score Pd prédominer. Il est possible que cet effet soit dû à une annulation consciente et scrupuleuse de toute réponse anormale de la part du sujet. Plus vraisemblablement, ces sujets se sentent supérieurement parfaits. L'évidence de cette dernière suggestion réside dans le fait qu'ils semblent cliniquement caractérisés par une grande estime d'eux-mêmes et par la conscience de leur importance.

L'examen de l'échelle met en relief la tendance à la surestimation de ces malades : à l'item « J'éprouve de la difficulté à parler quand je rencontre des gens nouveaux » la plupart des normaux répondent « vrai ». Il n'est pas de même avec ces malades. Il est intéressant de noter que de tels malades sont identifiables par la tentative même qu'ils font de dissimuler leur caractère. Cette tentative est vraisemblablement inconsciente et doit être mise sur le compte d'un égocentrisme submergeant.

Corrélation de Pd avec les autres échelles

Groupe	Hs	D	Hy	Pa	Pt	Sc	Ma
100 cas normaux.	.42	.29	.37	.38	.48	.50	.49
100 cas de l'unité psychopathique	.37	.14	.18	.40	.23	.31	.43

La corrélation avec Pa (paranoïa) et Ma (manie) est plus élevée qu'avec les autres échelles, ce qui est en accord avec la clinique.

L'échelle Pd identifie de manière générale des cas cliniques diagnostiqués comme personnalité psychopathique de type associal. Néanmoins, pour éviter toute confusion, l'échelle a été nommée déviation psychopathique.

Les cas typiques ont eu une vie émotionnelle superficielle le plus souvent. Le clinicien, même au prix d'un dur effort personnel et d'un intense intérêt, ne peut recevoir en retour qu'une loyauté transitoire et superficielle. Les impulsions sexuelles ne sont pas profondes : même s'il y a prostitution, la femme est souvent frigide. Ces actes sexuels sont pour elle des divertissements sociaux. Elles semblent chercher des expériences de plus en plus dangereuses et de plus en plus embarrassantes pour ressentir une émotion semblable à celles des gens normaux. Dans ce sens, elles vont parfois jusqu'au suicide. Avec l'âge, beaucoup s'adaptent à la société. Leurs défauts s'atténuent. Elles ressentent de la peur d'une punition immédiate ou de la perte de

liberté plutôt que de la culpabilité ou du regret. *La tendance à s'excuser est commune :* de tels malades invoquent la responsabilité des autres qui profitaient de leur innocence ou un milieu familial trop sévère amenant de la révolte de leur part.

Utilisation

L'échelle s'est révélée précieuse dans la pratique : beaucoup de cas avec un résultat élevé se sont révélés être des récidivistes délinquants. Si la personne est âgée de 16 à 19 ans et qu'elle ait un score de 20 pts T. au-dessus des autres scores du profil, il y a peu de chances pour qu'elle arrive à éviter de commettre des actes délictueux si elle n'est pas soumise à une discipline rigide.

D'après les auteurs : *du point de vue de l'orientation,* les jeunes gens ayant un Pd élevé ne doivent pas être guidés vers des niveaux scolaires ou vocationnels élevés, même s'ils en ont les capacités.

Un des avantages de l'échelle est que le type qu'elle identifie est souvent caractérisé par une personnalité relativement sympathique en même temps que de bonne intelligence et de fond solide. Ces facteurs trompent les cliniciens.

En résumé. — Hathaway et Mc Kinley ont établi une échelle finale qui identifiera la moitié ou quelquefois plus des cas classés cliniquement personnalité psychopathique. Les mieux identifiés sont ceux qui ont de fortes tendances asociales. On appelle cette échelle déviation psychopathique pour indiquer qu'elle ne différencie pas tous les cas de personnalité psychopathique. Cette échelle est très utile en clinique : elle peut tirer d'embarras le clinicien éprouvant des difficultés dans l'évaluation clinique de la personnalité psychopathique.

L'ECHELLE 5 Mf (Masculinité - féminité)

Cette échelle fut tirée de la comparaison des réponses de 13 hommes homosexuels avec celles d'hommes normaux ; furent utilisés également des hommes efféminés déterminés par l'échelle I de Terman-Miles, et des hommes normaux. Un critère final moins important fut la comparaison des réponses d'hommes et de femmes.

Un groupe critère plus vaste d'homosexuels hommes et femmes aurait pu être constitué ; les auteurs y renon-

cèrent en raison de l'hétérogénéité de groupes ainsi formés : les homosexuels plus que les autres groupes cliniques peuvent être divisés en plusieurs catégories. Par exemple, il y a un type d'homosexuels névrotiques avec des sentiments d'infériorité, il y a une variété psychopathique qui montrera un score élevé à l'échelle Pd et il y a un groupe inverti où le caractère constitutionnel semble probable. Ces sous-groupes sont suffisamment précis pour que l'on puisse en tirer des échelles plus pures. Le temps a manqué aux auteurs pour réaliser ce projet. De plus, l'échelle Mf telle qu'elle est, a été d'un précieux secours en pratique journalière, déclarent-ils.

Un essai d'amélioration a été fait à l'aide d'un groupe critère de femmes homosexuels ou tout au moins dont les problèmes incluaient l'homosexualité. Cette échelle a été abandonnée car elle n'identifiait pas mieux les homosexuelles femmes, que l'échelle Mf.

Cette échelle correllait de .78 à .95 avec Mf sur de nombreux échantillons.

L'ECHELLE 6 Pa (Paranoïa)

Les auteurs précisent que l'échelle 6 a été dérivée de malades ayant des symptômes « paranoïdes », diagnostiqués le plus souvent : « état paranoïde », « condition paranoïde » et « schizophrénie paranoïde ».

Du point de vue symptomatique, ils tendaient à présenter des interprétations, des idées de persécution et des idées de grandeur. Des symptômes moins accentués englobaient de la suspicion, de la susceptibilité et une rigidité d'opinions et d'attitudes.

Comme dans les autres échelles, plusieurs échelles préliminaires furent essayées à l'aide des cas-tests. Ces essais ne furent jamais très satisfaisants et en dernier recours l'échelle la meilleure fut adoptée malgré sa faiblesse. Un des avantages de cette échelle, malgré tout, est qu'elle comporte peu de faux cas positifs : quand une personne présente un score élevé à cette échelle, elle tend à rentrer dans la catégorie définie plus haut, même si ce n'est que pour des symptômes peu accentués tels que psychorigidité ou susceptibilité.

La correction K n'a pas beaucoup aidé à renforcer la valeur de cette échelle car plus de 20 % des items sont de caractère subtil.

En ce qui concerne la schizophrénie paranoïde, aucune échelle spéciale n'a pu faire mieux que la combinaison des échelles 6 et 8.

L'ECHELLE 7 (Psychasthénie - Pt)

Définition

Les auteurs définissent la psychasthénie comme une « pensée caractérisée par un doute excessif, des obsessions, des contraintes et des frayeurs irraisonnées ».

Des phobies telles que la peur des serpents, des araignées ou des orages sont répandues dans la population normale, mais il arrive que de telles phobies deviennent si fortes et si nombreuses chez la même personne qu'elles peuvent devenir la source d'un comportement social anormal.

Souvent le psychasthénique est caractérisé par des doutes importants sur le sens de ses actes. Dans d'autres cas, il accomplit des « actes forcés » sans aucun rapport avec ses activités normales, comme par exemple toucher un certain point sur un mur. Si ces actes forcés ne sont pas exécutés, il en résulte un grand malaise. La pensée psychasthénique s'accompagne très souvent d'anxiété liée au fait que le sujet ne se sent pas comme les autres ou qu'il sent que quelque chose de terrible va lui arriver. Cette anxiété peut être liée également au fait de ne pas pouvoir se débarrasser de l'activité obsédante.

Construction

Les méthodes de dérivation de cette échelle ont été du type général dont nous avons déjà parlé.

Malheureusement, le groupe critère est ici fort restreint : les auteurs ont éliminé dans la constitution de ce groupe tous les malades vus à titre externe et pour lesquels le diagnostic n'est pas aussi soigneusement établi que pour les malades hospitalisés.

De plus, les auteurs se sont aperçu qu'au moins un des cas avait été incorrectement diagnostiqué. Malgré cela, le trait décrit est stable et homogène et il est utile en clinique.

Les sujets utilisés pour la dérivation de cette échelle furent :

— 139 hommes et 200 femmes mariés et normaux de 26 à 43 ans.

— 200 étudiants de collège pour éliminer l'effet de l'âge sur la fréquence de réponse aux items et le groupe critère de 20 malades psychiatriques soigneusement sélectionnés.

Une échelle finale de 48 items fut établie.

Résultats

Le coefficient de fidélité test-retest établi d'après un groupe de 47 normaux retestés entre 3 jours et plus d'un an est de : .74 ± .15. Aucune de ces personnes ne savait que le test devait être fait à nouveau.

— 690 normaux ont une moyenne de 11,7 en score brut.

— Le groupe critère composé de 20 malades a une moyenne de 27,05.

— 50 cas-test ont 21,02.

— 576 cas psychiatriques divers ont 16,15.

— 266 malades de médecine générale ont 12,12.

— 270 étudiants de collège ont 7,99.

Pour 100 normaux, l'intercorrélation avec l'hypocondrie mesurée par H-C est de .06 ± .10, avec la dépression mesurée par l'échelle D elle est de .44 ± .10. Avec 100 cas psychiatriques divers, on a pour H-Ch .28 ± .10, pour D .69 ± .10.

En conclusion. — Nous pouvons dire que pour les auteurs et d'après les chiffres qu'ils publient, l'échelle 7 différencie non seulement les normaux des malades atteints de psychasthénie, mais encore les psychasthéniques des autres malades psychiatriques. Il est intéressant de remarquer que les malades atteints de maladies physiques ont un résultat à peine plus élevé que la population normale.

L'ECHELLE 8 (Schizophrénie - Sc)

Dérivation

Les auteurs se sont tout particulièrement appliqués à la dérivation de cette échelle. Ils ont utilisé 2 stocks d'items de base dont ils ont tiré quatre échelles de base et plus de douze échelles différentielles.

Deux groupes de 50 patients diagnostiqués schizophrénie ont servi à la sélection des items de base. Ces groupes comprenaient 60 % de femmes et 40 % d'hommes.

L'échelle finale fut dérivée d'un stock de 152 items dont tous montraient des différences statistiques valables pour le groupe critère de schizophrènes mais aussi qui différenciaient les cas de dépression, d'hypocondrie et d'autres groupes spéciaux.

Dès le début, on se rendit compte que les échelles primitives ne dépassaient pas 60 % de succès dans l'identification des cas-tests. On s'efforça alors de scinder le critère schizophrénie en plusieurs composantes : catatonique, paranoïde, simple et hébéphrénique. On construisit et on essaya douze de ces échelles. L'étude de leur combinaison se révéla infructueuse.

Une autre voie de recherche fut l'étude des faux cas négatifs (schizophrènes ayant un profil normal) parmi les résultats du groupe critère. Des échelles que les auteurs appellent « miss » scales furent ainsi construites et essayées soit indépendamment, soit en combinaison avec les échelles de base. Mais toutes ces différentes manipulations ne modifièrent pas le pourcentage de cas-tests identifiés.

Correction K

Finalement les auteurs publièrent la meilleure des échelles de base : Sc 4 qui ne subit pas de grandes modifications jusqu'à l'établissement de l'échelle K.

Cette échelle, due aux travaux de Meehl, était destinée au contrôle de l'attitude des sujets au moment du test. On s'aperçut qu'elle permettait de contribuer à une meilleure discrimination de la schizophrénie.

La correction K élevait le pourcentage des cas-tests validés à 59 % pour T = 70 alors que pour ce même score le pourcentage des normaux tombait à 2 %. Il est intéressant de noter que, même après correction, un nombre considérable de cas-tests restait en dessous du score T = 61.

Le pourcentage de cas-tests validés par l'échelle M.M.P.I. n'est pas moindre que celui obtenu par la seule clinique : différents chercheurs ont montré que le diagnostic de schizophrénie est reproduit pour le même malade par des cliniciens différents dans 30 ou 60 % des cas.

L'échelle 8 corrèle hautement avec l'échelle 7. Cette corrélation varie de .68 à .84 (Cottle). La distinction est possible malgré tout.

L'ECHELLE 9 (Hypomanie - Symbole : Ma)

Définition

Les auteurs définissent l'hypomanie comme un degré moindre d'excitation maniaque. Ils rappellent que les symptômes cardinaux de la manie sont : l'élation, l'excitation psycho-motrice et la fuite des idées. Les hypomanes ont en général le même aspect mais à des degrés moindres. Ils peuvent sembler exceptionnellement enthousiastes et énergiques, mais l'utilisation de leur énergie est inefficace parce qu'ils font trop de choses à la fois. Leur humeur est instable, oscillant entre l'élation et la tristesse sans que le milieu ambiant fournisse une explication valable. Ils sont égocentristes, ils manquent de sens critique envers les inepties de leur comportement et professent pour autrui un mépris évident.

Pendant leurs épisodes critiques, ces patients rappellent la catégorie de personnalité psychopathique « asociale ». Entre leurs crises, ils sont souvent normaux.

Construction

24 cas de ce type ont été choisis pour construire l'échelle. Seuls les sujets modérément perturbés ont été utilisés, les autres se révélant incapables de coopérer. Les deliriums, les états confusionnels, les états d'excitation liés à d'autres psychoses telles que la schizophrénie ont été éliminés. Le nombre d'observations est trop restreint pour pouvoir analyser les effets selon le sexe, l'âge ou la situation maritale.

La faculté de différenciation de certains items ne s'explique pas à l'heure actuelle.

Le score moyen brut et l'écart-étalon de 379 femmes étaient M = 13,65, SD = 4,50, et les valeurs de 294 hommes normaux M = 14,51, SD = 4,42.

Diagnostic

Les cas d'hypomanie typique sont rares, parmi les cas cliniques neuro-psychiatriques aptes à vérifier l'échelle Ma. Parmi près de 1.000 cas cliniques, 38 seulement présentaient de l'hyperactivité ou un sentiment d'élation, mis à part bien entendu les cas critères. Des 38, 5 seulement étaient diagnostiqués psychose maniaco-dépressive. Ils avaient des scores de 77, 75, 79, 66 et 61, les derniers étant

classés « hypomanie légère ». Les autres avaient des diagnostics variés, surtout un certain type de schizophrénie. Il est évident que les cas d'hypomanie sont plus difficiles à diagnostiquer pour les membres du « staff » que les autres. Comme on peut s'y attendre d'après la clinique, un certain nombre de cas étaient diagnostiqués « personnalité psychopathique ».

Parmi plus de 900 cas cliniques variables, 30 eurent des scores de 70 ou plus sans aucune note clinique indiquant particulièrement l'hypomanie. Ces cas aussi illustrent la tendance de l'échelle d'hypomanie à diagnostiquer la « personnalité psychopathique ». Des cas comportant une détérioration intellectuelle organique ont tendance également à avoir un score élevé.

Cette démonstration de la validité de Ma n'est certainement pas concluante, disent les auteurs. Cependant les personnes ayant des symptômes hypomaniaques ont tendance à fournir des scores élevés. Pour eux, c'est une des échelles qui nécessitera un contrôle ultérieur.

TABLEAU 4

Corrélation de Ma avec d'autres échelles

Groupe	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc
100 cas normaux.	.28	.02	.05	.49	.30	.39	.56
100 cas d'hôpital psych.	.08	.21	.19	.43	.31	.14	.36

La corrélation test-retest est pour Ma .83. Le trait est donc très stable chez les personnes normales. Dans de nombreux cas cliniques, le test-retest n'est pas valable. Le facteur constant représente vraisemblablement ce que l'on appelle optimisme. En dehors du facteur constant, il y a un facteur variable qui semble représenter l'excitation de la manie ou de l'hypomanie.

L'échelle Ma s'est avérée utile en clinique. Le délinquant avec Ma élevé et Pd (déviation psychopathique) bas semble devoir bénéficier utilement de la psychothérapie. Les indications d'un pronostic plutôt bon chez un adulte avec un score Ma élevé sont en accord avec l'opinion psychiatrique en général.

En résumé. — Au moins 2 facteurs sont apparemment mesurés : un facteur lié à l'optimisme et un facteur variable montrant l'excitation dans les périodes normales.

L'ECHELLE 10 ("Social introversion" - Symbole Si)

D'après Drake, de nombreux items du « Minnesota T.S.E. inventory » destinés à mesurer l'introversion — l'extroversion, ont été utilisés dans le M.M.P.I.

Il lui a donc semblé logique de construire des grilles destinées à cette mesure à l'usage du M.M.P.I. Toutefois, l'échelle Si n'a pour but que d'étudier l'aspect social de la question, l'aspect émotionnel devant être étudié ultérieurement.

La procédure consiste à comparer les réponses de deux groupes d'étudiantes : un groupe de 50 ayant obtenu un 65 au T.S.E. Inventory pour l'introversion et extroversion sociale et un second groupe de 50 ayant moins de 35 dans les mêmes conditions.

La grille ainsi construise se révéla valide également pour des hommes pour lesquels les scores M.M.P.I. se trouvèrent corrélés avec les scores T.S.E. (—.71).

L'échelle du M.M.P.I. est construite de telle façon que des scores élevés indiquent une introversion sociale à l'inverse du T.S.E. pour lequel l'introversion est indiquée par des scores bas. C'est ce qui explique que la corrélation soit négative.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — J.C. Mc Kinley et S.R. Hathaway : « A multiplasic personality schedule (Minnesota) : II. A differential study of hypochondriasis ». *Journal of Psychology*, 1940, 10, 255-268.

2 — S.R. Hathaway et J.C. Mc Kinley : « A multiplasic personality schedule (Minnesota) : III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 1942, 14, 73-84.

3 — J.C. Mc Kinley et S.R. Hathaway : « The M.M.P.I. : V. Hysteria, hypomania and psychopathic deviation ». *Journal of Applied Psychology*, 1944, 28, 153-174.

4 — S.R. Hathaway : « Scales 5 (Masculinity-Feminity), 6 (Paranoïa), and 8 (Schizophrenia) ». Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine. Edited by George Schlager Welsh and W. Grant Dahlstrom. Departements of Psychology and Psychiatry, University of North Carolina.

5 — J.C. Mc Kinley et S.R. Hathaway : « A multiplasic Personality schedule (Minnesota) : IV. Psychasthenia ». *Journal of Applied Psychology*, 1942, 26, 614-624.

6 — L.E. Drake : « A social I.E. scale for the M.M.P.I. ». *Journal of Applied Psychology*, 1946, 30, 51-54.

CHAPITRE V

ÉCHELLES RÉCENTES

ECHELLES "SUBTILES" ET EVIDENTES

Harmon et Wiener pensent que si dans l'étude de personnes sérieusement perturbées, des inventaires de personnalité à base d'items évidents sont généralement suffisants, il n'en est pas de même lorsque l'on veut inventorier les personnalités de gens normaux ou sensiblement normaux pour lesquelles le psychologue a besoin de questions plus subtiles.

Le développement des grilles « subtiles » et « évidentes » répond à cette double nécessité.

Construction

Pour construire ces grilles, Harmon et Wiener divisèrent les items du M.M.P.I. en deux catégories selon que le sens des questions était aisé ou non à détecter. Tous les items de l'échelle F furent placés dans la catégorie « obvious » ou évidente puisque par définition ils se retrouvent rarement dans une population normale. De plus, tous les items qui sont significatifs pour une réponse blanche furent placés dans la catégorie subtile.

Après ce partage, il y eut plus d'items « évidents » que « subtils ».

Les auteurs essayèrent d'appliquer cette notion de subtilité à toutes les échelles du M.M.P.I. Ils y renoncèrent pour Pt (psychasthénie) et Sc (schizophrénie) parce que presque tous les items de ces échelles sont évidents, destinés qu'ils sont à détecter des déviations extrêmes. Les items de Hs (hypocondrie) sont également « évidents ». Quant à Mf, ils l'ont jugé trop peu valide pour donner des résultats intéressants.

Ils pensent que ces échelles « évidentes » et « subtiles » peuvent rendre service dans le travail de conseiller psychologique pour les personnes normales, mais aussi comme échelles de validité.

En ce qui concerne l'attitude des sujets au moment du test, ils estiment que les échelles « subtiles » et « évidentes »

peuvent rendre des services plus grands que les autres échelles de validité.

Corrélations entre échelles "subtiles" et "évidentes" et K

En général, les échelles « évidentes » sont hautement et positivement corrélées entre elles et ne sont pas corrélées avec les échelles « subtiles ». Les échelles « subtiles » ont entre elles des corrélations positives peu élevées.

Les corrélations entre les scores O-S et K sont négatives et significatives :

Hy = —.78 Pd = —.64 Ma = —.47
D = —.72 Pa = —.60

Ceci confirme bien l'opinion des auteurs que les grilles « subtiles » sont des indicateurs de l'attitude du sujet au moment du test : elles sont corrélées avec K.

Variations des scores O et S en fonction du score L, de la capacité, de la simulation et des diagnostics neuro-psychiatriques. — Chez des sujets à score L élevé (plus de 9 réponses significatives), les scores « subtils » sont plus élevés que les scores O « évidents » et même pour les échelles D (dépression), Hy (hystérie), Pd (déviation psychopathique) et Pa (paranoïa), plus élevées que chez un groupe de sujets à scores L bas.

Chez des sujets ayant un score T au-dessus de 60 à l'Otis Sa test, les scores O et S sont à peu près égaux, alors que, quand l'Otis est en dessous de 40, les scores O sont les plus élevés, et même plus élevés que ceux du groupe de capacité supérieure.

Avec un groupe de simulateurs sur consigne, les scores S sont plus élevés que les O, que les sujets soient honnêtes ou simulant dans un sens favorable. Il y a d'ailleurs assez peu de différence entre la version « honnête » et celle passée avec le désir de se présenter sous un jour favorable.

Du point de vue N-P (neuro-psychiatrique), il semble que des personnes normales mais ayant des profils élevés aient des scores S plus élevés et des scores O plus bas que des malades N-P (neuro-psychiatrique) ayant des profils déviés.

Les auteurs ont également étudié des groupes de jeunes gens sous l'angle de la réussite scolaire ou professionnelle : ceux qui réussissent le mieux ont des scores S plus élevés que les scores O, alors que c'est l'inverse pour les autres.

Autres échelles

Il existe de nombreuses autres échelles du M.M.P.I. parmi lesquelles nous citerons :

1° *Une échelle de statut socio-économique* de H.G. Gough (1) qui définit 5 groupes généraux :

a) Attitudes littéraires et esthétiques.

b) Equilibre social, sécurité, confiance en soi et en les autres.

c) Dénégation de frayeurs et d'anxiété.

d) Esprit « large », « émancipé » et attitude « franche » envers les problèmes moraux, religieux et sexuels.

e) Opinion positive, dogmatique et rigide.

2° *Une échelle de préjugé anti-sémitique* de Gough (3) construite avec des sujets sélectionnés à l'aide de l'échelle de Levinson-Stanford.

3° *Une échelle de dominance* de Gough, Mc Closky et Meehl (4) construite pour étudier la psychologie de la participation politique dans laquelle ce facteur paraît être important, qui comporte 60 items dont 28 tirés du M.M.P.I. et 32 originaux.

4° *Une échelle de « caudality »* d'H.L. Williams (5) destinée à transformer les échelles pariéto-frontales de Friedmann en une échelle plus générale de « caudality ». Cette échelle, qui comprend 37 items, prédit une lésion « non frontale ». Les patients porteurs d'une lésion pariétale répondent au M.M.P.I. de telle façon qu'ils suggèrent l'anxiété, la dépression, la culpabilité, l'introversion, l'inquiétude du futur et des préoccupations somatiques. Les « frontaux » refusent l'anxiété ou l'inquiétude, ils sont affables et ont confiance en eux. Leurs niveaux d'aspirations sont bas. Les « temporaux » répondent comme les « pariétaux », à l'exception d'un mode de pensée qui, comme pour les frontaux, leur est particulier.

Ces résultats impliquent que les réactions associées aux lésions pariétales ou temporales sont secondaires à la frustration et au « stress » engendrés par ces lésions. Les frontaux, au contraire, réagissent sans anxiété.

5° *L'échelle de force personnelle de Barron* (ego-strength scale) [6], destinée à prévoir la réponse à la psychothérapie.

6° *L'échelle d'anxiété manifeste* de Taylor. — Taylor a construit une échelle d'anxiété manifeste à l'aide de 50 items tirés du M.M.P.I. Ces items furent sélectionnés

par un groupe de 5 psychologues. Cette échelle était destinée à permettre la sélection de sujets destinés à une expérience de conditionnement (7). Elle a connu un vif succès et les études expérimentales américaines faisant intervenir l'anxiété foisonnent. Pierre Jampolsky (8), dans une étude parue en 1956 dans les *Annales de Psychologie*, passe en revue les principales publications parues sur le sujet. Il en conclut que cette échelle est valide et que la notion d'anxiété tend à prendre un contenu psychologique plus valable que ce qu'elle était dans le passé.

Ericksen et Davids (9) nous indiquent que la corrélation entre l'échelle d'anxiété et l'échelle de psychasthénie est de 0,92.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — H.G. Gough : « A new dimension of status : I. Development of a personnality scale ». *American Sociological Review*, 1948, 13, 401-409.

2 — D.V. Wiener : « Subtle and obvious Keys for the M.M.P.I. *Journal of Consulting Psychology*, 1948, 12, 164-170.

3 — H.G. Gough : « Studies of social intolerance : II. A personality scale for anti-semitism ». *Journal of Social Psycholoby*, 1951, 33, 247-255.

4 — H.G. Gough, M. Mc Closky and P.E. Meehl : « A personality scale for dominance. *Journal of Abnormal and Social Psycholoby*, 1951, 46, 360-366.

5 — H.L. Williams : « The development of a caudality scale for the M.M.P.I. ». *Journal of Clinical Psychology*, 1952, 8, 293-297.

6 — F. Barron : « An ego-strength scale predicts response to psychotherapy ». *Journal of Consulting Psychology*, 1953, 17, 327-333.

7 — Taylor J.A., Northw. Univ. Chicago, III : « A personality scale of Manifest Anxiety ». *J. Abnormal Soc. Psychol.*, 1953, 48/12, 285-290, graph. 2, tables 2.

8 — Pierre Jampolsky : « L'échelle d'anxiété manifeste de Taylor et son utilisation expérimentale ». *Ann. Psychol.*, 1956, n° 1.

9 — Charles W. Ericksen et Anthony Davids, Université d'Harvard : « La signification et la validité clinique de l'échelle d'anxiété de Taylor et des échelles d'hystérie et de psychasthénie du M.M.P.I. ».

RÉSUMÉ DE LA PREMIÈRE PARTIE

Hathaway et Mc Kinley ont construit un questionnaire destiné à explorer les différents aspects de la personnalité humaine non seulement pathologique mais aussi normale comme les auteurs l'expliquent eux-mêmes :

« L'idée à la base de ce test est que, sur les 550 questions, il en est certaines qui, groupées, donnent la mesure numérique d'échelles virtuelles correspondant chacune à un trait dominant de la personnalité, et établies à partir des manifestations morbides d'un syndrome pathologique, mais étudiées aussi pour avoir une signification dans l'activité psychique normale. »

Nous avons étudié le mécanisme de construction de chaque échelle et précisé le sens que les auteurs attachent aux termes qu'ils emploient.

Même pour leurs auteurs, la validité des échelles 6 (paranoïa), 8 (schizophrénie) et 9 (hypomanie) n'est pas très satisfaisante.

Deuxième partie

L'APPLICATION DU TEST

Nous nous sommes proposé un but essentiellement pratique : dégager l'intérêt diagnostique et accessoirement pronostique de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota dans un service de neuro-psychiatrie recevant des malades de toutes catégories.

Nous produirons dans cette partie le résultat de 250 tests pratiqués sur une population répondant aux critères suivants :

— Sujets masculins âgés de 30 ans au plus.

— De niveau mental suffisant pour comprendre les questions posées. C'est dire qu'en principe les oligophrènes sont exclus de cette étude. En fait, nous serons amenés à découvrir que quelques profils de débiles se sont glissés par erreur dans ce travail. Nous ne les avons pas éliminés parce que nous les trouvions édifiants.

Ces malades ont été classés d'après la clinique dans les catégories suivantes, qui sont les catégories traditionnelles de la psychiatrie :

1° Malades psychiatriques :

a) névrosés ;

b) malades que nous avons sommairement catégorisés sous l'appellation de « troubles du comportement et de la personnalité », catégorie que nous définirons dans le chapitre consacré à son étude ;

c) psychosés ;

d) cas douteux.

2° Malades non psychiatriques :

a) malades neurologiques ;

b) malades provenant des services de médecine.

CHAPITRE PREMIER

APPLICATION DU M.M.P.I. CHEZ DES NÉVROSÉS

Dans ce chapitre, nous grouperons des malades pour lesquels les diagnostics portés étaient les suivants :

— Etat dépressif névrotique ou réactionnel.
— Hypocondrie, préoccupations hypocondriaques.
— Psychasthénie, psychonévrose obsessionnelle, névrose phobique.
— Hystérie, pithiatisme.
— Névrose de guerre.

I. - LES ETATS DEPRESSIFS

Nous n'avons retenu dans ce paragraphe que des états dépressifs névrotiques, à l'exclusion de toute mélancolie ou psychose maniaco-dépressive ou début de schizophrénie.

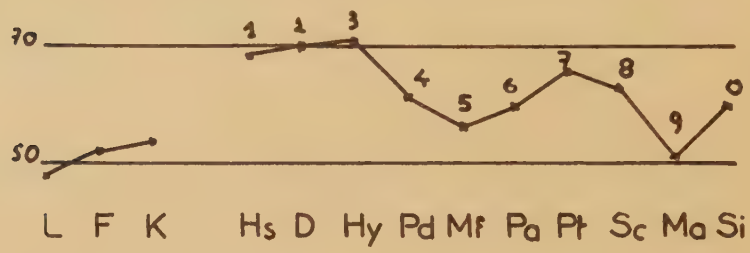
Parmi ces états dépressifs névrotiques, nous nous sommes efforcés de sélectionner ceux pour lesquels la symptomatologie dépressive était la plus pure, à l'exclusion de toute participation hystérique ou hypocondriaque *apparente*.

Ces malades étaient généralement caractérisés par un ralentissement général de toutes les fonctions, aussi bien psychiques que somatiques, par de l'insomnie, du manque de confiance en soi et des idées tristes. Ils étaient en général pessimistes quant à leur avenir et leur auto-critique était exagérée. Mais ils n'avaient aucune idée de culpabilité, ni de conviction auto-destructrice ferme.

Nous ne présenterons que 10 résultats de test dans cette catégorie, ce qui est surprenant si l'on juge à la banalité quotidienne des états dépressifs, mais ce qui l'est moins si l'on considère les exclusions que nous avons prononcées pour ce groupe. Nous pensons que malgré toutes les précautions, il nous a été impossible de sélectionner un groupe pur.

Ajoutons encore que 2 de nos malades étaient considérablement améliorés au moment où ils nous ont été adressés et où ils ont été testés.

Ces réserves faites, le profil moyen est le suivant :



Profil moyen des DEPRESSIFS

Il n'est pas si décevant que cela : les échelles névrotiques sont les plus élevées.

Les 3 échelles 1, 2 et 3 sont à peu près semblables, ce qui est conforme aux réserves que nous exprimons : la dépression est rarement pure : les éléments d'hypocondrie et d'hystérie sont aussi souvent présents que la note dépressive elle-même. En fait, les cas auxquels nous avons eu affaire étaient plutôt des états névrotiques complexes que des états dépressifs purs.

La présence de l'échelle 7 (psychasthénie) parmi les 4 dominantes n'est pas fait pour nous surprendre : nous avons vu dans la définition de l'échelle 7 que les auteurs mettent l'anxiété au premier plan dans la symptomatologie de la psychasthénie. Dans la pratique, l'élévation de cette échelle accompagne souvent l'anxiété. L'échelle 7 a d'ailleurs une très forte corrélation avec l'échelle d'anxiété de Taylor : 0,92 avons-nous vu.

Il faut noter également le fait que l'échelle 9 (hypomanie) se révèle être nettement la plus basse de toutes, ce qui est en accord avec la clinique et qui traduit à notre avis le manque de confiance en soi, le manque d'initiative et de vitalité de ces malades.

En définitive, nous dirons que compte tenu des réserves que nous avons émises, l'échelle 2 se révèle assez satisfaisante.

En effet, dans toutes les catégories cliniques où la dépression fait partie du tableau, comme la psychasthénie

par exemple, nous avons vu que l'échelle 2 est fidèle et sensible.

Dans les cas que nous venons de voir où la note dépressive semblait particulièrement dominer, l'échelle 2, bien que se retrouvant le plus souvent dans les dominantes, est rarement seule : l'hypocondrie et l'hystérie l'accompagnent. Ceci nous semble traduire une réalité clinique : le plus souvent le tableau dépressif masque autre chose.

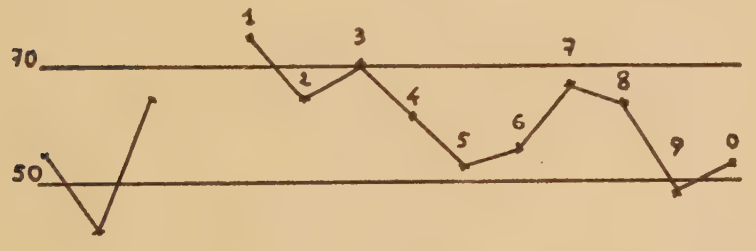
En conclusion, nous dirons que ce qui fait la banalité des états dépressifs est leur hétérogénéité : ils peuvent marquer le début ou un aspect d'une psychose. Quand ils sont névrotiques, ils sont le plus souvent intriqués avec d'autres éléments dont nous avons vu que, même quand ils sont inapparents, le M.M.P.I. en fait état.

II. - HYPOCONDRIE

Nous pouvons faire ici les mêmes réflexions que pour les dépressions : l'hypocondrie pure est rare.

Nous avons réuni 8 cas d'hypocondrie névrotique, excluant les délires hypocondriaques ou les formes cliniques d'affections psychotiques se manifestant à leur début par des préoccupations hypocondriaques : mélancolie par exemple.

Le profil moyen de ces malades est le suivant :



Profil moyen des HYPOCONDRIAQUES

N : 8

Nous voyons que nous n'arrivons pas, même avec des cas sélectionnés, à avoir une élévation isolée de l'échelle d'hypocondrie. Certes, cette dernière domine, ce qui est satisfaisant, mais ses deux associés de la triade névrotique participent au débat, marquant bien par là qu'il existe d'autres facteurs névrotiques.

Malgré ces réserves que la complexité souvent inapparente des névroses nous oblige à émettre, il faut également indiquer que la composante somatique de l'échelle 3, que nous savons corrélée de façon importante avec l'échelle 1, explique en partie l'élévation concomitante de l'échelle d'hystérie.

Ce fait donne au profil un aspect « psycho-somatique » que nous avons maintes fois rencontré. Nous croyons bon, toutefois, de faire remarquer que c'est la branche gauche du V qui est la plus élevée, alors que dans les cas de conversion c'est plutôt la droite. Dans cette dernière éventualité, c'est l'hystérie qui domine et qui entraîne l'hypocondrie à sa suite pour les raisons d'intercorrélation que nous venons d'énoncer.

Il faut également noter la forte défense que l'on rencontre généralement chez ces malades : voir un groupe de malades totaliser — 11,25 de moyenne à l'index F-K n'est pas le fait du hasard. C'est à notre connaissance le seul groupe de cette étude qui ait un résultat semblable. Il faut y trouver, croyons-nous le résultat de l'hostilité de ces malades qui sentent plus ou moins confusément que leurs allégations sont mises en doute quant à la réalité de leurs troubles.

En définitive et sur un groupe de cas très restreints, l'échelle d'hypocondrie se révèle très valide et susceptible de rendre des services au clinicien. La moyenne, en score T, de la valeur de l'échelle 1 de nos malades qui est de 75, est tout à fait comparable à celle des hypocondriaques de Mc Kinley et Hathaway qui est de 74,2.

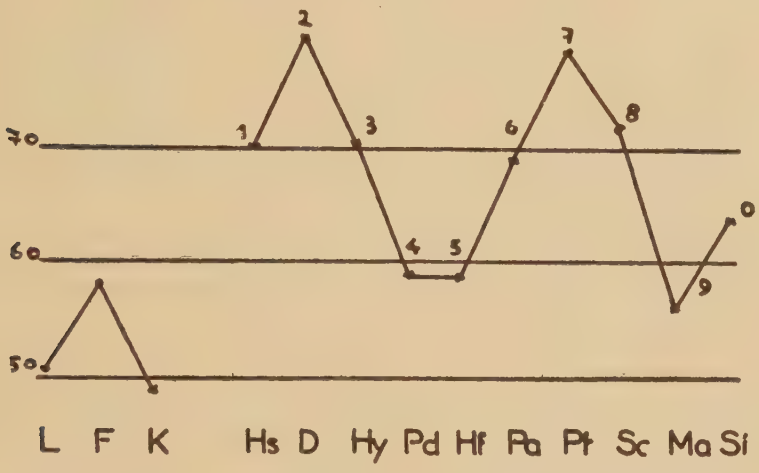
III. - PSYCHASTHENIE

Nous avons retenu dix-sept cas de malades atteints de syndromes psychasthéniques en nous inspirant de la définition de ce syndrome donnée par Hathaway et Mc Kinley : ces malades étaient caractérisés par un mode de pensée et de comportement phobique, par des obsessions, par un doute excessif concernant leurs agissements, par des actes

compulsifs de type conjuratoire ou magique. L'anxiété était au premier plan de la symptomatologie, soit qu'elle fût liée à l'activité obsédante dont le malade n'arrive pas à se débarrasser, soit qu'elle s'exprimât à l'état pur sous forme de paroxysmes d'angoisses.

Comme on peut le voir, cette définition de syndrome recouvre les névroses phobiques, obsessionnelles et d'angoisse.

Malgré le nombre restreint de cas utilisés, le profil moyen de ces malades est révélateur :



Profil moyen des PSYCHASTHENES
N = 17

Nous voyons que deux éléments dominent nettement cette courbe :

L'échelle 2 et l'échelle 7 (dépression et psychasthénie).

a) **L'échelle 2**

Elle souligne le caractère dépressif de ce genre de malades. On sait qu'elle n'est pas pathognomonique des états de type mélancolique et que son extrême sensibilité la fait se hausser dès que la note dépressive s'introduit dans le tableau clinique.

b) **L'échelle 7** (psychasthénie)

C'est elle qui, en principe, caractérise la psychasthénie.

En fait, nous pensons que c'est l'association 2-7 qui doit appeler l'attention du clinicien sur cet aspect.

Par ailleurs, l'anxiété étant le symptôme le plus spectaculaire de ce genre d'affection, sa présence, même au second plan dans d'autres tableaux psychiatriques, entraîne invariablement une élévation de l'échelle 7.

Nous pouvons constater aussi que, malgré l'intercorrélation importante qui existe entre l'échelle 7 et 8 (schizophrénie), c'est l'échelle 7 qui domine ici.

Il est fréquent au contraire de voir dans des désordres psychiatriques fort divers, une élévation de l'échelle 8 suivie de près par l'échelle 7. Ce genre d'association 8-7 n'a pas grande valeur et compte tenu de la fréquence de sa constatation, on ne peut guère la rattacher à quelque tableau précis que ce soit. Au contraire, l'association 7-8 nous semble plus caractéristique d'un état psychasthénique.

D'autres échelles, de moindre élévation, sont toutefois notables : l'échelle 3 et l'échelle 0.

a) **L'échelle 3**

J. Mallet dit dans l'Encyclopédie, au chapitre de l'hystérie : « la forme idéale dite hystérie de conversion ne se rencontre guère à l'état pur, dépourvue de tout alliage phobique et obsessionnel ».

L'inverse nous semble vrai et l'on peut observer à l'examen des malades présentant les signes de la série psychasthénique qu'ils ont très souvent des douleurs, en particulier du rachis cervical et de la ceinture scapulaire qui semblent dues à des contractures et qui peuvent évoquer des processus comparables à l'hystérie de conversion.

Le M.M.P.I. confirme cette donnée car nos malades ont une moyenne de 18 à l'échelle Hy (0) (Normaux : 6,24).

b) **L'échelle 0** (introversion sociale)

Elle indique ici les difficultés sociales que rencontrent ces malades. Très souvent, leurs phobies ou la crainte de la survenue d'un épisode anxieux condamnent ces sujets à limiter toute activité sociale : ils évitent les salles de spectacle, les discussions de groupe et leur activité professionnelle même peut être fâcheusement influencée.

c) **L'échelle 6 (paranoïa)**

Nous pensons qu'elle traduit simplement le caractère de timidité et de doute systématique de ces malades.

En résumé : nous dirons que les malades psychasthéniques nous semblent avoir un profil caractérisé par l'élévation des échelles 2 et 7 et secondairement 3 et 6.

Le petit nombre de cas étudiés nous interdit d'être catégorique.

En tout cas, il nous est permis de dire que le résultat concorde assez bien avec les prévisions des auteurs et que pour notre usage, l'échelle 7 s'est révélée valide et pratique.

IV. - HYSTERIE

Nous avons fait subir le test à 17 malades pour lesquels le diagnostic clinique, posé avec des caractères suffisants de probabilité, était l'hystérie.

Par hystérie, nous entendons, avec les auteurs classiques, l'hystérie de caractère et l'hystérie de conversion. Dans cette dernière catégorie, nous avons classé huit observations.

— Un sub-coma pithiatique (obs. 203) ;

— Un coma après vaccination (obs. 68) ;

— Un syndrome moteur déficitaire avec tremblement réductible par suggestion narcotique ;

— trois cas de « crises » : crise de nerfs (obs. 213) et crises pseudo-comitiales (obs. 215 et 246) ;

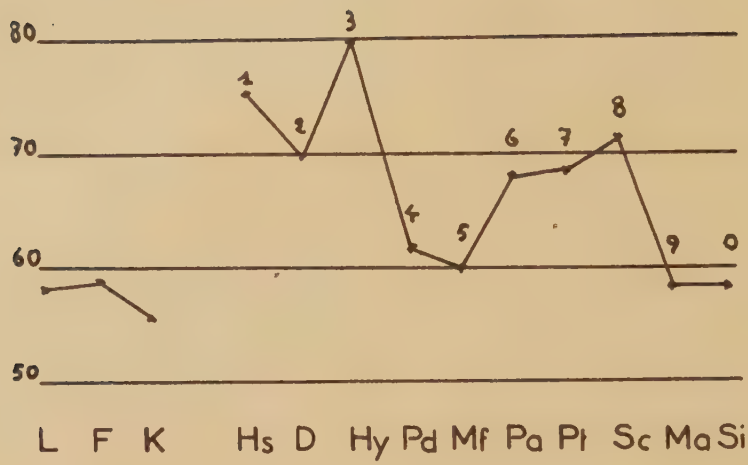
— Un cas de vomissements (obs. 84) ;

— Un syndrome diarrhéique (obs. 218).

Il est bien entendu que nous n'avions retenu que les cas pour lesquels toute étiologie organique avait été écartée par des recherches préalables et que les résultats des examens cliniques et complémentaires étaient normaux.

Dans la catégorie hystérie de caractère, nous avons sélectionné 9 observations de malades caractérisés par une expression théâtrale de leur hyperémotivité accompagnée de tendances dépressives, par une affectivité captatrice et égocentrique et par une grande suggestibilité (obs. 204, 210, 230, 217, 239 ; 9, 219, 45, 249).

Le profil moyen de ces malades est caractéristique.



Profil moyen des HYSTERIQUES
N. 17

L'examen de la forme générale de ce profil moyen appelle les remarques suivantes :

— C'est un profil assez élevé dans lequel 4 échelles dépassent 70 et 2 en sont très proches. Sur les 4 échelles au-dessus de 70, l'échelle 3 est au delà de 80.

— Les échelles de validité sont normales.

— Les trois premières échelles ébauchent le fameux V psycho-somatique.

Si nous examinons ce profil, échelle par échelle, nous constatons :

— La dominance de l'échelle d'hystérie qui s'élève au-dessus de 80. Constatations fort satisfaisantes quant à la validité de l'échelle 3.

— L'élévation de l'échelle d'hypocondrie. Celle-ci s'explique si nous nous souvenons que les échelles d'hypocondrie et d'hystérie sont corrélées entre elles. Nous pouvons le montrer d'autant mieux que nous savons que dans l'échelle 3 c'est la part « obvious » qui est corrélée avec l'échelle 1. Or sur 9 de nos cas où l'échelle Hy (O) l'emporte sur Hy (S), nous avons 8 fois l'échelle 1 au-dessus de 70. Par contre, dans les 5 cas où Hy (S) domine, l'échelle Hs est en dessous de 70 dans 4 cas.

Nous nous croyons donc en droit de conclure que

l'élévation observée de l'échelle 1 est due à la corrélation existant entre la part somatique des items de Hy et Hs.

— L'élévation de l'échelle 8 (schizophrénie). Nous la retrouvons souvent. Pour Meehl, elle est un élément de mauvais pronostic des névroses.

— L'élévation de l'échelle 2. Elle souligne les aspects dépressifs de ces malades pour lesquels les apports valorisants sont indispensables.

On peut se demander maintenant si l'on peut *graphiquement distinguer hystérie de caractère de l'hystérie de conversion.*

a) Nous avons essayé pour ce faire de recourir à la *division de l'échelle Hy en échelle O* (évidente) *et S* (subtile).

— Sur 9 cas d'hystérie de caractère, l'échelle Hy (S) domine dans 5 cas. Dans 2 cas S et O sont égaux ou très peu différents.

— Sur 8 cas d'hystérie de conversion, l'échelle Hy (O) domine dans 6 cas et dans 1 cas la différence est de 1 point.

Nous voyons qu'il semble que cette méthode soit assez fructueuse.

b) Si nous *calculons les moyennes* séparément pour les 3 échelles 1, 2, 3, nous avons le résultat suivant :

	Hs	D	Hy
H. de caractère. N = 9	20,7	29	34,5
H. de conversion. N = 8	28,7	32,1	36,2

Nous voyons que les résultats moyens sont plus élevés dans l'hystérie de conversion que dans l'hystérie de caractère, surtout pour l'échelle 1 (ce qui est prévisible puisque Hs et Hy [O] sont corrélés et que Hy [O] est plus élevé dans les conversions).

c) Le V psycho-somatique nous permet-il également de séparer les 2 catégories de malades :

Sur 6 fois où il est net, le V psycho-somatique se retrouve 4 fois dans l'hystérie de conversion et 2 fois dans l'hystérie de caractère.

Par conséquent, il nous semble que la prédominance de l'échelle Hy (O) sur l'échelle Hy (S) et la présence de V psychosomatique se retrouvent plus volontiers dans les

cas d'hystérie de conversion (pour lesquels par ailleurs les résultats moyens sont plus élevés).

Toutefois, il nous semble important de souligner que dans de nombreux cas la distinction entre hystérie de caractère et de conversion est difficile à faire : dans l'observation 45, par exemple, un jeune soldat avait présenté un syndrome de quadriplégie transitoire après vaccination : au moment où nous l'avons vu, la récupération fonctionnelle était complète, bien que les éléments caractériels fussent présents. Son échelle 3 est à 29 avec Hy (S) = 19 et Hy (O) = 10. Il est difficile de classer ce malade dans l'une ou l'autre des catégories et il est bien évident que dans bien des cas la distinction est artificielle et ne fait que recouvrir deux aspects de la même chose.

En conclusion : nous retiendrons que l'échelle 3 est valide :

— Dans 13 cas sur 17, soit 76 % des cas, elle dépasse 70 ; encore faut-il ajouter que dans les 4 cas restants, elle est 2 fois en dominante.

— La distinction entre hystérie évidente et hystérie subtile permet, dans bien des cas, de différencier *graphiquement* les manifestations de conversion des manifestations de caractère, distinction que la clinique accomplit aisément.

V. - NEVROSE DE GUERRE

Nous avons réuni 9 profils de malades pour lesquels le diagnostic final qui a été porté est celui de « névrose de guerre ».

Par ce terme, nous entendons définir des manifestations pathologiques résultant de l'incidence *directe* de faits de guerre : embuscade, explosion d'une mine, opérations dangereuses répétées, séjour dans un poste isolé.

A la suite de ces agressions psychiques répétées ou uniques, le malade se comporte anormalement, alors qu'auparavant sa conduite avait été parfaitement orthodoxe. Ces *troubles du comportement* peuvent aller de la banale « *crise de nerfs* » jusqu'à de véritables manifestations d'*apparence psychotiques*, telles que la pratique d'actes absurdes (obs. 55 : le malade se promenait en slip sous la pluie...) ou le refuge dans un mutisme accompagné de rumination mentale (obs. 111).

Dans le cadre des signes *d'allure* psychotique, on peut même voir des troubles psycho-sensoriels comme dans l'observation 136 où le sujet ayant sauté sur une mine en jeep avec son lieutenant, revoyait son chef ensanglanté revenir vers lui.

La *teinte de l'humeur* de ces malades est habituellement dépressive. L'anxiété très vive est de règle, alimentant quelquefois des préoccupations hypocondriaques ou même des idées de persécution (obs. 55).

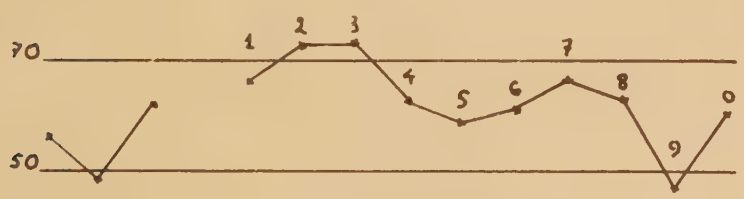
Ces sujets sont habituellement insomniaques et anorexiques. Ils sont hyperémotifs et suggestibles.

Les manifestations purement somatiques ne sont pas rares. C'est ainsi que dans l'obs. 136 on voit le malade présenter une surdité psychique après avoir sauté sur une mine. Dans l'obs. 157, le sujet perd connaissance chaque fois qu'il se trouve au combat. Dans l'obs. 81, on observe des crises excito-motrices.

En somme, ces malades se présentent cliniquement comme des dépressifs auxquels peuvent s'adjoindre les symptomatologies les plus diverses. La régression rapide de tous ces signes est de règle lorsque le sujet est soustrait de l'atmosphère traumatisante.

De ces 9 profils, nous en avons éliminé 1 en raison du grand nombre de « je ne sais pas ».

Des 8 autres, nous avons fait le profil moyen :



Profil moyen des

NEVROSES DE GUERRE

N = 8

Trois échelles ressortent surtout, ce sont 2, 3 et 7.

— L'association 2 (dépression) - 7 (psychasthénie) est bien connue. Elle se retrouve pure chez les psychasthènes ou associée à d'autres facteurs quand les éléments réactionnels existent : dans les états dépressifs réactionnels par exemple. Cette association est ici le reflet des éléments dépressifs et anxieux que l'on retrouve dans toutes les névroses de guerre.

— La présence de l'échelle 3 (hystérie) parmi les dominantes n'est pas pour nous surprendre : on sait depuis Freud que l'hystérie joue un rôle dans le déclenchement des névroses traumatiques. Toutefois, le mérite du M.M.P.I. est de mettre en lumière le rôle de cet élément qui n'est pas toujours évident et de permettre ainsi de synthétiser les manifestations disparates, qui accompagnent le tableau dépressif, depuis les craintes exagérées jusqu'à des surdités anorganiques (obs. 136) ou des pertes de connaissance (obs. 157) en passant par des manifestations d'allure psychotiques, que ce soit de l'hypomanie, comme des signes de la série schizophrénie : ambivalence, désintérêt, sentiment d'étrangeté, réponses à côté, ou même un délire flou de persécution comme dans l'obs. 55 ; ou encore des hallucinations visuelles (obs. 136). *Les sujets se sont réfugiés dans la maladie pour échapper à une situation dangereuse.*

En *conclusion,* nous dirons que nous avons examiné quelques profils de sujets diagnostiqués névrose de guerre. Les éléments dominant chez ce genre de malades sont des facteurs de dépression et d'anxiété associés à une importante part hystérique. Ces constatations nous semblent parfaitement en accord avec la clinique.

L'INDEX F-K

Des 61 malades que nous avons réunis dans ce chapitre de névroses à une valeur moyenne de — 1,6.

Nous montrons d'ailleurs dans le tableau ci-après la distribution de cet index :

TABLEAU DE DISTRIBUTION DE L'INDEX F - K

F - K	Hypo-condrie	Névrose de guerre	Psychas-thénie	Hystérie	Dépres-sion
+ 20					
+ 19				1	
+ 18					
+ 17			1		
+ 16					
+ 15					
+ 14			2		1
+ 13				1	
+ 12		1			
+ 11					
+ 10			1	2	
+ 9			1		
+ 8					1
+ 7				1	
+ 6					
+ 5	1		1		
+ 4					2
+ 3		1		1	
+ 2			1	2	
+ 1			2		
0				2	
— 1					
— 2			1	1	
— 3			3	1	
— 4		1	1		1
— 5	1	1	1		1
— 6	2	1	1		
— 7				2	
— 8			1		2
— 9		1			
— 10					1
— 11			1		
— 12		1		1	1
— 13	1				
— 14	2			1	
— 15					
— 16	1				
— 17					
— 18					
— 19					
— 20				1	
— 21		1			
— 23					
— 24					
— 25					
— 26	1				
TOTAL	9	8	18	17	10 = 62

En conclusion. — Nous venons de voir que dans les névroses ce sont surtout les échelles 1, 2, 3 et 7 qui sont élevées.

Chaque échelle, prise en particulier, nous semble avoir une validité satisfaisante. Très souvent, elles sont associées mais c'est toujours l'échelle de l'élément principal qui domine.

Un profil avec dominance des échelles que nous venons de citer est à peu près certainement névrotique.

S'il est diphasique, on peut affirmer qu'il existe des éléments névrotiques même si ces derniers sont au second plan.

CHAPITRE II

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA PERSONNALITÉ

Dans ce chapitre, nous réunirons d'une manière arbitraire et répondant à un seul souci de pratique :

— des malades que nous appelons « caractériels »,

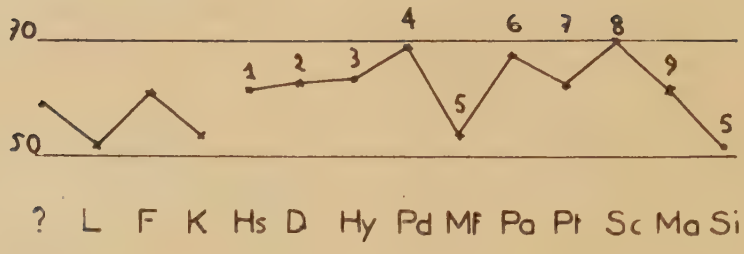
— des malades présentant des crises excito-motrices,

— des homosexuels.

I. - CARACTERIELS

Nous avons étudié un groupe de malades dont la caractéristique commune était de présenter des *troubles du caractère*. Par ce terme, nous entendons définir un type de malade généralement adressé au service pour des actes anti-sociaux : délinquance ; inadaptation au milieu militaire ; disputes avec les camarades ; conduite brutale et agressive ; indiscipline. Fréquemment, ces malades avaient commis des fugues. Du point de vue de leurs activités antérieures, on retrouvait sans peine une notion d'instabilité professionnelle. De même on découvrait dans la vie civile de ces jeunes gens les mêmes éléments de délinquance, de réaction impulsive et coléreuse et de récidive que dans l'armée. En effet, la reproduction de ces comportements était de règle et les sanctions disciplinaires restaient souvent sans effet. En bref, ces malades étaient caractérisés par un type de comportement associal contrastant quelquefois avec un contact sympathique, une docilité et un désir de coopération inhabituels.

Le profil moyen de 37 malades est le suivant :



Profil moyen des CARACTERIELS

N:37

Si nous examinons le profil moyen de ces malades, nous voyons que les échelles Pd (déviation psychopathique) et Pa (paranoïa) sont les plus élevées. Les autres élévations n'ont pas la même valeur : en effet, les échelles sont corrélées entre elles, ce qui dans la pratique se traduit par le résultat suivant : quand une échelle est élevée, elle entraîne obligatoirement l'élévation des autres échelles. Rien ne peut remplacer l'examen des profils d'où l'on découvre immédiatement les sommets, c'est-à-dire les élévations intéressantes.

L'élévation de l'échelle Pd (déviation psychopathique) répond à notre attente : en effet, nous avons vu que les auteurs ont choisi pour construire cette échelle des cas de déviations psychopathiques de type asocial. Nous savons que c'est surtout cet élément qui caractérise nos malades. Par conséquent, nous pouvons nous déclarer satisfaits et considérer cette échelle comme valide et pratique.

L'élévation de l'échelle Pa (paranoïa) souligne pour sa part les éléments d'agressivité, de brutalité et de revendication de ces malades.

Quant à l'échelle Sc (schizophrénie), qui ne dépasse d'ailleurs par le niveau 70, nous pensons qu'elle souligne plutôt ici le comportement bizarre, inhabituel, en bref anormal de ces malades. Comme nous pouvons le constater, la présence d'une échelle Sc dans les dominantes n'est pas pathognomonique de schizophrénie. Meehl et Hathaway trouvent d'ailleurs que l'association Pa-Sc existe quelquefois dans des désordres de la conduite.

Chez nos malades, l'association Pa-Pd, dans les 4 échelles dominantes se retrouve dans 17 cas sur 37, soit 45 % des cas.

L'association Sc + Pa dans les mêmes conditions se retrouve dans 18 cas, soit 48 % des cas.

Le profil tel que le dégage la moyenne, c'est-à-dire avec les échelles 8, 6 et 4 dans les 3 dominantes, ne se retrouve que dans 15 cas sur 37, soit 40 % des cas, ce qui souligne le caractère d'indication du profil moyen.

Par contre, la présence de l'échelle 4 dans les 4 échelles dominantes est retrouvée 28 fois, soit dans 75 % des cas.

Les échelles 6 (Pa) et 8 (Sc) sont retrouvées respectivement 17 fois, soit 58 % des cas.

Les échelles 9 (Ma) et 7 (Pt) sont retrouvées respectivement dans 34 % des cas et 3 (Hy) dans 37 %.

Du point de vue de l'allure des profils : 3 d'entre eux sont dans la limite de la normale, c'est-à-dire qu'aucune de leurs échelles ne dépasse largement 60 et que les échelles de validité sont normales et 3 d'entre eux ont des profils bas. Tout ceci bien entendu sans préjuger de la dominance des échelles. Les 31 autres profils sont anormaux. Nous pouvons donc constater que lors d'un dépistage systématique ou d'un essai de diagnostic aveugle le M.M.P.I. aurait détecté des facteurs d'anomalie dans 83 % des cas.

II. - CRISES EXCITO-MOTRICES

Nous avons examiné trente-six profils de malades qui étaient adressés pour des crises excito-motrices.

Par ce terme, nous entendons des épisodes paroxystiques souvent précédés d'impression d'angoisse avec association de sensation de striction œsophagienne ou d'oppression respiratoire.

Puis survient la crise proprement dite qui se manifeste sous forme d'agitation désordonnée avec pleurs, cris et injures, souvent clastiques, quelquefois suicidaire.

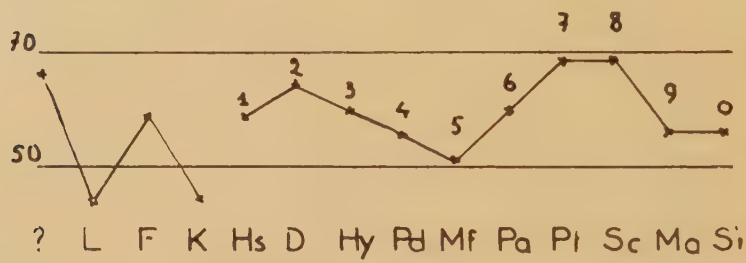
Elle s'accompagne d'une chute ou d'un allongement en décubitus avec agitation convulsive puis hypertonie. Elle est suivie d'une période de relâchement post-critique avec pleurs abondants ou sommeil profond.

Ces crises sont *toujours* réactionnelles à des contrariétés ou à de la fatigue. Il y a baisse de niveau de la conscience pendant la crise et très souvent amnésie totale ou partielle post-critique.

Sur ces trente-six profils, nous en avons écarté douze pour des raisons diverses : sept pour niveau mental

insuffisant, un en raison du grand nombre de « ? », un parce qu'il s'agissait en réalité d'épilepsie temporale, quatre parce que nous les avons soupçonnés d'avoir voulu aggraver les résultats dans un but utilitaire.

Nous avons donc fait le profil moyen des vingt-quatre malades restants :



Profil moyen des

CRISES EXCITO-MOTRICES

N = 24

De l'examen de ce profil moyen, nous retirons que les éléments dominants sont 7 (psychasthénie), 8 (schizophrénie) et 2 (dépression).

Nous pensons que l'échelle 8 est ici comme ailleurs un indicateur de troubles du comportement.

Les échelles 2 et 7 sont des éléments réactionnels, à moins que l'échelle 8 n'entraîne 7 à sa suite (15 items communs entre 7 et 8) et accessoirement 2 (2 et 8 ont 8 items communs).

On peut noter au passage que, contrairement à l'attente, l'échelle 3 (hystérie) ne ressort pas du profil moyen. Toutefois, les 3 malades pour lesquels la note pithiatique était soulignée dans l'observation clinique présentent une échelle 3 au-dessus de 70 :

EXM 23 : 8* 20" 7431' 56-9

EXM 32 : 137" 862' 45 — 90

EXM 19 : 32' 6 — 410/ 578 : 9

Cinq autres profils pris dans l'ensemble présentent des éléments hystériques dans leurs profils :

EXM 7 : 2837* 160" 4' 4 — 9
EXM 11 : 8* 13" 72' 6 — 094/5
EXM 31 : 8" 763' 902 — 4/5 1
EXM 21 : 312' 67 — 0954
EXM 20 : 379 — 1280/45 / 6

On pourrait également s'attendre à trouver dans ce groupe de nombreux profils de caractériels. Or on ne trouve que quatre profils pouvant évoquer de tels troubles (EXM 25, 37 — EXM 17 — EXM 27).

De même, nous avons cherché les malades chez lesquels le déclenchement des crises était consécutif à l'absorption d'alcool : nous en avons trouvé cinq dont un est parmi les douze profils que nous avons écartés au début : il s'agit de l'observation 89 que nous avons mise de côté en raison du grand nombre de « ? ».

Pour les quatre autres, aucune unité non plus, nous trouvons : un caractériel : 97 ; un hystérique : EXM 20 ; un profil ressemblant typiquement au profil moyen : EXM 4 ; un profil complexe : EXM 31 où les quatre échelles dominantes sont 8, 7, 6 et 3.

Nous voyons donc que le groupe des CEM est un groupe complexe, fait de malades hétérogènes.

Le problème pratique qui se pose est le suivant : le profil moyen que nous avons établi, c'est-à-dire l'association des échelles 2, 7 et 8 peut-il servir à diagnostiquer graphiquement l'affection en cause ? Autrement dit, sur les 24 profils valides que nous avons, combien en aurions-nous diagnostiqué au cours d'un exercice de diagnostic aveugle ? Nous en avons compté 12, soit 50 %. Ce résultat est nettement inférieur à ce que nous avons l'habitude de trouver pour des entités cliniques bien définies.

Comment expliquer cette faillite relative d'un test qui a pourtant prouvé son efficacité dans d'autres circonstances ?

— D'abord dans le fait que le terme de crise excito-motrice doit recouvrir des entités cliniques différentes.

— D'autre part, il nous faut souligner le niveau mental nettement insuffisant de la plupart des malades présentant des crises excito-motrices : 26 malades sur les 36 ne possédaient pas le certificat d'études.

Il y a peut-être d'ailleurs dans cette constatation une explication profonde des crises excito-motrices : des sujets aux moyens d'expression relativement limités exprimeraient peut-être leurs conflits sur le mode de la motricité.

Il ne nous reste pour terminer cet examen des crises

excito-motrices qu'à examiner les profils que nous avons écartés au début pour cause d'invalidité.

1° Nous avons d'abord 5 profils de débiles confirmés :

EXM 33 : 6* 8" 7' 42 — 13590 F
EXM 26 : 267' 84130 — 59 F
EXM 13 : 12—98374/0 : 65 ?
EXM 2 : 8* 6" 79' 1234 — 05 F
EXM 34 : 68* 37" 431' 5 — 2 F

Nous voyons que dans 5 cas sur 6, l'échelle F traduit l'incompréhension profonde du sujet en face du test.

Nous voyons également que dans 4 cas sur 6, les échelles 6, 7 et 8 se retrouvent dans les 4 dominantes.

Il y a dans le fait que les profils de débiles et de schizophrènes sont à peu près semblables un problème troublant et qui mériterait une étude approfondie.

2° Deux autres profils (89 et EXM 18) ont été éliminés pour incompréhension générale du test : le 89 a 83 réponses ?.

3° Quant à l'EXM 18, il s'agissait d'un sujet syrien n'ayant pas de C.E.P. Son profil est intéressant parce que du type « en dent de scie », profil généralement décrit comme simulé : 85" 631' 7—045/2 ? F.

4° Pour terminer, nous citerons les 4 observations de malades ayant majoré leur test à des fins utilitaires:

EXM 28 : 68* 17' 3490 — 2/5 F
151 : 8* 6421" 73590' F
EXM 29 : 87* 621" 093' 45 F
EXM 30 : 86" 49' 70 — 23/1 ? F

Nous voyons que comme chez les débiles, les échelles F, 6 et 8 se retrouvent. Dans deux de ces cas, la présence de 4 dans les dominantes fait penser (et la clinique le confirme) qu'on a affaire à des caractériels.

De l'examen des profils des débiles et des simulateurs de cette catégorie de malades, nous pouvons retirer une constatation importante : la difficulté de diagnostic qui se pose lorsque l'on est en présence d'un profil avec élévation des échelles psychotiques et de l'échelle F, trois possibilités existent alors : ou incompréhension du test, hypothèse que l'on éliminera en faisant passer au malade des tests de niveau, ou exagération ou psychose grave. Dans cette dernière alternative, seule la clinique permet de trancher.

En conclusion. — L'étude de 36 profils de crises excito-motrices nous a permis d'établir les faits suivants :

— Le profil moyen de ce genre de malades fait ressortir des éléments d'anxiété et de dépression probablement réactionnels, et l'existence d'un comportement anormal souligné par l'échelle de schizophrénie.

— Ce profil n'est pas caractéristique des crises excito-motrices : nous avons déjà trouvé l'association 2 et 7 chez les psychasthènes et dans les énurésies d'origine organique. De plus, dans un exercice de diagnostic aveugle, nous aurions détecté seulement 50 % de nos malades.

— L'explication de ce résultat relativement peu intéressant peut résider dans les faits suivants :

a) Le groupe n'est pas homogène : nous avons trouvé huit cas où l'élément pithiatique était notable, 4 cas de caractériels, les autres malades étant inclassables dans les catégories bien définies.

b) Le niveau intellectuel général de ce groupe est plus faible que celui des autres catégories que nous avons déjà étudiées.

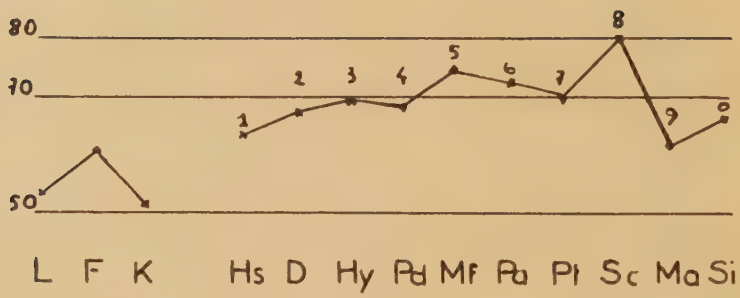
Par ailleurs, l'examen des profils non valides de ce groupe nous a permis de souligner la difficulté de distinction entre 3 catégories de malades qui présentent généralement des profils analogues : les sujets qui aggravent leurs réactions pathologiques dans un but utilitaire, les sujets qui ne comprennent pas le test et les malades très graves.

III. - HOMOSEXUALITE

Nous avons rassemblé 8 profils d'homosexuels pris dans la population générale du service, c'est-à-dire parmi les jeunes gens. Dans l'éventualité qui nous occupe, tous avaient entre 21 et 25 ans.

Il s'agissait d'homosexualité passive avouée pour laquelle les sujets étaient généralement préoccupés. Pour 3 de nos cas au moins, il s'agissait même du motif de leur hospitalisation.

Le profil moyen est le suivant :



Profil moyen des HOMOSEXUELS

N : 8

Nous pouvons constater qu'il s'agit d'un profil dominé par l'échelle 8 (schizophrénie) et où les échelles 5 (masculinité-féminité), 6 (paranoïa), 3 (hystérie), 7 (psychasthénie) sont également importantes.

L'échelle 8

Pour expliquer l'élévation de cette échelle, il faut considérer qu'elle comporte 11 items ayant trait à des préoccupations sexuelles ou pouvant s'y rapporter (15, 179, 297, 320, 323, 349, 302, 324, 310, 241, 303).

Elle comprend également 12 items impliquant une réaction contre un milieu social ou familial jugé incompréhensif (52, 97, 157, 212, 282, 308, 312, 331, 333, 364, 306, 309).

— 8 items sont de la série dépressive (40, 41, 76, 259, 301, 328, 335, 339).

— 7 items font allusion à un comportement exalté ou désordonné (22, 156, 238, 251, 266, 355, 119).

Il est bien certain qu'une bonne partie de l'élévation de l'échelle 8 s'explique par ces faits. Il est non moins certain que l'échelle 8 n'est pas pathognomonique d'une schizophrénie et qu'elle s'élève toutes les fois que le tableau clinique comporte des désordres du comportement : ainsi chez les caractériels et dans les crises excito-motrices.

L'échelle 5

Son élévation était attendue et elle est bien satis-

faisante, surtout si l'on considère qu'elle est souvent la plus basse des échelles des profils. Signalons toutefois qu'elle s'élève avec le niveau culturel comme l'ont constaté nos camarades du service dans leur travail sur des normaux au Centre de Présélection de l'Armée à Tarascon.

L'échelle 6

On retrouve ici l'association fréquemment décrite 5-6 chez des homosexuels et sur le sens de laquelle il est difficile de se prononcer à première vue. Certaines conceptions, en particulier psychanalytiques, associent étroitement paranoïa et homosexualité.

L'échelle 3

Il y a une note hystérique chez de nombreux homosexuels et le M.M.P.I. n'a pas manqué de le souligner.

Diagnostic différentiel

L'allure générale d'un tel profil peut paraître non spécifique :

— On pourrait penser à une psychose : contre cette hypothèse s'inscrit le peu d'élévation de l'échelle F qui est à 60. De plus, dans les psychoses, l'échelle 5 est souvent basse.

— On peut difficilement soutenir l'hypothèse d'une névrose malgré l'échelle 3 : les échelles de névrose ne dominent pas le profil, il s'en faut.

En conclusion. — Somme toute le profil des homosexuels est assez satisfaisant. L'élévation de l'échelle 5 est assez rare pour attirer tout de suite l'attention.

Nous n'avons pas trouvé l'association 4-5 en dominante citée comme fréquente chez les individus de cette catégorie.

INDEX F-K

Il nous a semblé intéressant de citer la distribution des F-K pour tous les malades qui ont contribué à la constitution du chapitre.

TABLEAU DE DISTRIBUTION DE L'INDEX F - K

chez les malades présentant des troubles de la personnalité et du comportement

F - K	Caractériels	Homosexuels	C. E. M.	
24	1			
23	1			
22	1			
21				
20				
19		1		
18	1			
17	2			
16				
15				
14				
13				
12	3	1		
11	1			
10		1	2	
9			2	
8		1	2	
7	1			
6	1		1	
5	1		2	
4			1	
3		1	1	
2	2		2	
1	2		1	
0			4	
— 1			2	
— 2	1	1		
— 3		1	2	
— 4	2			
— 5	1		1	
— 6	2			
— 7	1			
— 8	3		1	
— 9	1			
— 10	1			
— 11	1			
— 12	2			
— 13				
— 14	3	1		
— 15				
— 16	1			
— 17				
— 18	1			
TOTAL	37	8	24	= 69

En conclusion. — Nous avons pu constater avec une certaine surprise que l'échelle 8 se retrouve dans des troubles très divers du comportement. Selon le cas, d'autres échelles s'y associent :

— 4 et 6 chez des caractériels ;

— 3 et 5 chez des homosexuels ;

— 2 et 7 chez des malades présentant des crises excito-motrices.

CHAPITRE III

TROUBLES PSYCHOTIQUES

Dans ce chapitre, nous réunirons les quelques malades atteints de troubles psychotiques dont nous avons pu obtenir les protocoles de M.M.P.I. En effet, il est bien évident que les malades d'un service de psychiatrie ne sont pas toujours en mesure de subir une telle épreuve. Mais cela n'a pas grande importance, car dans ces cas le diagnostic est facile et ne nécessite pas l'utilisation de méthodes complémentaires.

Nous verrons donc rapidement :

— un groupe de schizophrènes ;

— des maniaques ;

— des états confusionnels ;

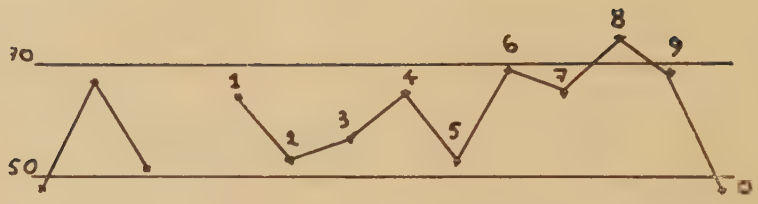
— des bouffées délirantes.

1° SCHIZOPHRENES

(Nous n'avons fait aucune distinction entre : les formes hébéphréno-catatoniques et paranoïdes.)

Nous avons réuni les profils de 17 schizophrènes, parmi lesquels 3 d'entre eux n'avaient pas encore un diagnostic parfaitement établi au moment où on leur fit passer le test : l'évolution clinique a confirmé par la suite le diagnostic.

a) Le profil moyen de ces malades est le suivant :



Profil moyen des SCHIZOPHRENES

N : 17

Nous savons que la présence de l'échelle 8 (schizophrénie) en dominante se retrouve chez presque tous les schizophrènes mais pas seulement chez eux. Nous avons pu constater qu'on la trouve également :

— Chez des caractériels en association avec les échelles 4 (déviation psychopathique) et 6 (paranoïa).

— Chez des hystériques, elle suit l'échelle 3 (hystérie) et elle accompagne l'échelle 1 (hypocondrie).

— Chez des malades présentant des crises excito-motrices en association avec les échelles 2 (dépression) et 7 (psychasthénie).

— Chez des homosexuels avec les échelles 3 (hystérie), 5 (masculinité-féminité) et 6 (paranoïa).

Nous verrons que nous la rencontrerons encore fréquemment.

Dans le cas qui nous occupe, elle est associée aux échelles 6 (paranoïa) et 9 (hypomanie). L'échelle 6 met en relief l'aspect paranoïde souligné dans certaines observations (232, 244, 17, 19) comme 9 évoque les cas où le syndrome schizophrénique a débuté par un accès maniaque (obs. 171, 28, 78). Sur ces 17 profils, 2 sont dans les limites de la normale (158 et 167), un à l'échelle 1 dominante (182) et un à l'échelle 4 (178).

b) **Utilité de l'échelle 8 dans le diagnostic clinique**

Nous avons vu que la présence d'une échelle 8 élevée n'est pas pathognomonique d'une schizophrénie. C'est une échelle qui est sensible à tout ce qui est étrange, inhabituel,

original et plus généralement à tous les désordres de la conduite.

Toutefois certains aspects de profils sont nettement évocateurs d'une affection de ce type :

— La présence d'une échelle 8 isolée (obs. 78, 5) et dépassant seule la cote 70 en score T.

— Une échelle 8 associée à une échelle psychotique, le tout dépassant 70 d'une assez faible hauteur : obs. 219 : 8, 9 ; obs. 103 : 8, 7 ; obs. 171 : 8, 9.

— Une échelle 8 associée à une échelle psychotique et à l'échelle d'hypocondrie : obs. 158 : 6, 6, 1 ; obs. 17 : 8, 6, 1 ; obs. 28 : 8, 9, 1 ; obs. 232 : 8, 6, 1.

Un autre type de profil prête à discussion : c'est le type de profil diphasique avec élévation des échelles de névrose et de psychose : par exemple l'observation 241 où l'on a : 3* 1" 2678' 495—0 ou l'observation 244 : 8673* 21" 9' 45—0. Ce genre de profil, surtout le type de l'observation 244 qui est très élevé avec un F à 34 en score brut, peut se retrouver aussi bien chez des débiles que chez des hystériques ou des simulateurs. On ne peut pas émettre d'opinion à la seule vue du profil : la clinique, aidée par d'autres tests projectifs comme le Rorschach, doit permettre de départager les hypothèses en présence.

c) Utilité du M.M.P.I. dans les cas frontières

Quelle est l'aide que peut apporter le M.M.P.I. dans des cas d'allure psychotique où l'on redoute une évolution vers la schizophrénie ?

1° Voici d'abord 4 observations pour lesquelles le diagnostic de *syndrome schizophrénique,* probable au début de l'hospitalisation, *s'est confirmé par la suite :*

Observation 158. — Sujet de 22 ans, rapatrié sanitaire d'A.F.N. pour possibilité d'évolution schizophrénique. Il s'agissait d'un sujet habituellement taciturne, peu sociable, manquant de souplesse. Le 7 novembre 1957, il présente un comportement manifestement pathologique : propos incohérents, tenue débraillée, distraction dans l'exécution des ordres. Pour clore le tout, il tire un coup de feu dans un plafond sans réussir à fournir la motivation de son acte.

A son arrivée dans le service on relève les éléments d'un délire d'influence avec hallucinations psychiques. On relève également une baisse de son affectivité. L'hypothèse d'une schizophrénie est soulevée. Quelques jours après d'autres signes apparaissent : autisme, désintérêt, propos ambivalents, difficultés d'orientation. Une cure de Sakel est alors entreprise. Après 50 comas la cure de Sakel a fait disparaître le délire et les hallucinations, mais il persiste certains troubles : nonchalence, désintérêt, asthénie.

Le M.M.P.I. fait avant la cure de Sakel est de type: 18-9740/365. On voit que si l'échelle 8 est dans les dominantes, son peu d'élé-

vation rend difficile l'interprétation dans le sens d'une schizophrénie.

Observation 178. — Le malade, âgé de 21 ans, est également rapatrié d'A.F.N. En décembre 1957, apparition de bizarrerie du comportement. Hospitalisé à Alger, on note à son sujet : indifférence, incohérence, ambivalence des réponses, impression de dépersonnalisation, étrangeté du monde extérieur. A son arrivée dans le service, en février 1958, l'impression clinique est moins défavorable. Il nous exprime alors des préoccupations familiales paraissant motivées et qui expliquaient une partie de son attitude. Le diagnostic est incertain. Le M.M.P.I. donne un profil de type: 4' 69-28 07/135. Ce profil oriente le diagnostic vers des troubles caractériels. Mais l'observation de ce malade durant quelques mois vient infirmer notre point de vue : peu à peu il s'est enfoncé dans l'indifférence, l'apragmatisme, l'incohérence, avec une certaine agressivité et ce malgré une cure de Sakel.

Observation 103. — Au contraire, un jeune sujet de 18 ans avait été hospitalisé la première fois pour des troubles du comportement qui furent jugés mineurs. Réhospitalisé une seconde fois, la symptomatologie se précise peu à peu jusqu'à un apragmatisme et une indifférence complète. Puis progressivement le tableau dissociatif s'est constitué. Or, un M.M.P.I. fait dès la première hospitalisation était de type: 86' 9754-230/I.F. Il est nettement évocateur d'une schizophrénie.

Observation 17. — De même type. Le malade, âgé de 21 ans, a été hospitalisé à Casablanca, où on lui avait trouvé une présentation bizarre, des troubles de la mémoire, de l'incohérence et de l'oppositionnisme. On le soupçonne de majorer un peu ses troubles et on le rapatrie avec le diagnostic d'état confusionnel.

A l'arrivée dans le service on retrouve cette impression de bizarrerie et de débraillé de Casablanca, avec des sourires immotivés. Les troubles de la mémoire sont toujours présents. Le M.M.P.I. se révèle de type: 68" 1' 74-35290 F. L'allure est ici nettement psychotique et par la suite l'évolution clinique a pleinement confirmé cette donnée : le malade s'est peu à peu enfoncé dans l'apragmatisme le plus complet, recherchant l'isolement et manifestant un mentisme obsédant.

— Nous avons donc pu constater que, sur les quatre cas que nous venons de citer, où l'évolution schizophrénique était à craindre et où cette crainte s'est réalisée, le M.M.P.I. montrait des profils inquiétants dans deux cas seulement (obs. 103 et 17).

2° Voici maintenant deux cas où *l'évolution schizophrénique était suspectée*, mais où finalement cette suspicion s'est avérée sans fondements :

Observation 55. — Malade de 22 ans, rapatrié d'A.F.N. pour « troubles majeurs du comportement semblant devoir s'aggraver et évoluer vers une psychose dissociative ».

En octobre 1957 son état s'est nettement amélioré : il est syntone, ses réponses sont adaptées. Sa mémoire est excellente sauf en ce qui concerne l'épisode d'Algérie : « J'étais un peu dans le brouillard », nous dit-il. Il critique nettement les idées de persécution et les thèmes hypocondriaques énoncés dans son observation. Il est alors envoyé en convalescence et réhospitalisé à l'issue. Son état s'est encore amélioré, son comportement est normal. Il ne

persiste qu'une certaine lenteur de l'idéation. Le diagnostic de « psychonévrose de guerre » est alors porté et le malade sort de l'hôpital.

Le M.M.P.I. pratiqué en octobre 1957 était de type: 2340' 1678-5/9. Ce profil, où les éléments dépressifs et hystériques ressortent, est bien en accord avec le diagnostic que l'on a porté en définitive.

Observation 90. — Un gendarme de 29 ans revenait pour la troisième fois dans le service avec le diagnostic de syndrôme schizophrénique. Les deux précédentes hospitalisations avaient conclu à l'absence de toute symptomatologie dissociative. En fait, ce diagnostic avait été porté en 1951 par un établissement militaire, et le malheureux était poursuivi sept ans après par ce terme aux implications fâcheuses. On conçoit d'ailleurs que l'autorité militaire soit désireuse de s'entourer de garanties avant de réintégrer dans ses pleines responsabilités un sujet pour lequel un diagnostic aussi grave a été prononcé. La troisième hospitalisation, comme les deux précédentes, devait d'ailleurs aboutir à la même conclusion d'intégrité psychique. Le M.M.P.I. pratiqué alors était de type: 95641280 : 37. Comme on peut le constater, aucune échelle ne dépasse 50.

Ainsi le M.M.P.I. s'est révélé utile pour prévoir l'évolution ultérieure dans 4 cas sur 6.

Ces chiffres sont trop peu importants pour permettre de tirer des conclusions fermes. Tout au plus, peut-on en retirer des indications.

En conclusion. — Une étude de 17 profils de schizophrénies nous a montré :

1° que l'élévation de l'échelle de schizophrénie ressort dans le profil moyen ;

2° que dans 13 cas sur 17, l'allure du profil est nettement évocatrice d'un processus psychotique ;

3° que les éléments qui s'associent volontiers à 8 sont 6, 9 et 1 (paranoïa, hypomanie et hypocondrie) ;

4° que dans les cas douteux l'utilité du M.M.P.I. est très inégale :

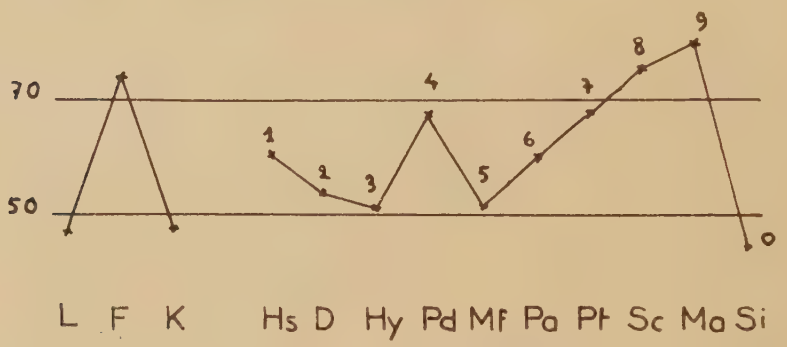
a) un profil d'allure psychotique autorise un pronostic fâcheux, alors que l'inverse n'est pas forcément vrai (obs. 158 et 178) ;

b) dans les profils diphasiques élevés, le diagnostic différentiel entre psychose dissociative, débilité et pithiatisme n'est pas possible sans le secours de la clinique et d'autres tests psychologiques : niveau mental, Rorschach.

II. - MANIE

Dans les cas de syndrome maniaque, l'échelle 9 (hypomanie) est très valide. Malgré le petit nombre de ces

malades qu'il nous a été donné de tester, nous voyons que le profil moyen est tout à fait caractéristique et conforme à ce que l' on peut en attendre :



Profil moyen des MANIAQUES

N : 6

Nous pouvons constater que l'échelle F s'élève au-dessus de 70, soulignant par là même le caractère psychotique de l'affection en cours.

L'échelle de manie est à 80, suivie des échelles Sc (schizophrénie) et de l'échelle Pd (déviation psychopathique).

La présence de Sc, tout comme celle de F, est liée au caractère psychotique de l'affection et aussi au fait qu'un certain nombre de nos malades, deux au moins, ont marqué par un épisode maniaque leur entrée dans la schizophrénie.

— L'association avec Pd n'est pas extraordinaire : selon Hathaway et Meehl, elle se trouve dans 3/4 des cas chez des psychotiques qui sont pratiquement tous des maniaques.

Elle traduit l'irritabilité, la violence et l'énergie de ces malades.

En définitive, l'échelle 9 est assez satisfaisante : elle caractérise un syndrome bien défini et lorsqu'elle est élevée on peut être assuré que le sujet testé possède au moins à minima des traits de personnalité de la série maniaque.

III. - ETATS CONFUSIONNELS

Nous ne possédons que 3 profils de ce type :

— *Dans l'observation* 48, l'éthylisme est en cause. Ce jeune soldat, en cours de déplacement vers Marseille en chemin de fer, a dû être débarqué en Avignon après une lipothymie survenue dans le train. Il entre dans le service le 6 septembre 1957, présentant un syndrôme confusionnel avec hallucinations oniriques induites. Le 7 septembre 1957 tout rentre dans l'ordre. Le malade avoue un éthylisme moyen depuis l'âge de 17 ans : un litre de vin plus un litre de cidre par jour. Il avait 22 ans au moment de son admission.

Son profil passé quelques jours après est normal: 94250/1386:7.

— *Dans l'observation* 23, le sujet, âgé de 22 ans, est rapatrié du Maroc pour état confusionnel aigu. Dans le service son comportement et sa présentation sont normaux.

Le profil est de type: 9 - 345 12 876/0. Seul un petit trait d'hypomanie ressort, qu'il faut interpréter, croyons-nous, en termes de caractère : il s'agit d'un sujet à l'esprit alerte, orienté vers l'action et l'extraversion, s'exprimant avec facilité.

— *Dans l'observation* 84, le malade a été trouvé errant dans les rues d'Avignon. A son entrée dans le service on ne peut lui faire préciser son emploi du temps des derniers jours précédant son hospitalisation. Il est désorienté (dans le temps: se croit en juillet alors qu'on est en août, et dans l'espace: se croit à Tunis). Il manifeste un apragmatisme complet.

En quelques jours le tableau confusionnel fait place à une symptomatologie dépressive : mimique douloureuse ; il raconte sa vie qui se résume ainsi: insatisfactions nombreuses et affections inexistantes. Il ne trouve aucun refuge auprès de sa famille. Son métier, cuisinier, ne lui plait pas. Ses expériences sexuelles se sont soldées par des échecs successifs. Il espérait que l'armée aurait fait de lui un homme: échec là aussi, dit-il.

Il redoute les responsabilités et fuit les possibilités d'action par crainte d'un échec. Il met l'épisode confusionnel sur le compte d'un abus occasionnel de boisson. Après un mois de traitement, il a pu partir en convalescence.

Lors de cette période son M.M.P.I. était de type: 3" 267481' 5910/ F-K = — 5.

Au retour de sa convalescence il n'existe plus aucun trouble psychiatrique majeur. Toutefois le fond reste le même. La mésentente familiale s'est accusée à un tel point qu'il est allé passer sa permission chez un oncle, auprès duquel il envisage d'ailleurs de se fixer définitivement.

Son profil est alors: 4' 98 - 3576/12 : 0 L (F-K = —8).

Après trois semaines passées dans le service, un troisième test lui est refait : 34 - 6891/75 : 02 L K (F-K = — 17).

Si nous examinons ces profils, nous voyons :

1° que le premier cas de ces tests met en lumière des éléments névrotiques : 1 (hypocondrie), 2 (dépression), 3 (hystérie) et 7 (psychasthénie) sont au-dessus de 70 ; et des éléments caractériels : 4, 6 et 8 sont également

au-dessus de 70. L'élément dominant est 3 qui est au-dessus de 80. Nous avons vu que de tels profils sont fréquents chez les hystériques.

2° A son retour de permission, ce sont les traits caractériels qui dominent : 4 (déviation psychopathique) et 8 (schizophrénie) avec la note agressive de 9 (hypomanie).

3° Après quelques jours de repos, 3 et 4 sont en tête avec accessoirement 6, 8 et 9.

4° Le profil est de moins en moins élevé au fur et à mesure que le malade se rétablit.

5° Au fur et à mesure qu'il va mieux, ses défenses augmentent : l'index F-K passe de — 5 à — 17.

A la lumière de ces constatations, nous pouvons reconstituer l'histoire de ce malade.

1) C'est un névropathe avec forte dominance de l'élément hystérique. Sous l'influence de la boisson dont il supporte mal les excès et talonné par la peur de retourner en A.F.N., il fait un accident confusionnel.

2) Tout rentre rapidement dans l'ordre de ce côté-là.

En l'interrogeant, on apprend :

— qu'il existe une mésentente familiale profonde ;

— que le sujet n'aime pas son métier, qu'il a fréquemment changé d'emploi et qu'il ne s'entend pas avec ses camarades de travail.

Il part en convalescence. Pendant cette dernière, ses griefs familiaux s'affirment : quand il revient, ce sont les éléments caractériels et agressifs qui dominent. Puis le séjour à l'hôpital émousse son ressentiment et le fond reparaît : hystérie et éléments caractériels.

Ainsi, sur les trois états confusionnels que nous citons, nous voyons que le M.M.P.I. apporte des éléments intéressants :

— Les 2 premiers profils sont dans les limites de la normale : le premier est celui d'un malade qui a fait des excès éthyliques et dont l'éthylisme habituel est plutôt dû au milieu qu'à des facteurs névrotiques. Le second est tout à fait guéri quand nous le voyons et le M.M.P.I. ne fait que suivre la clinique dont le bilan est négatif.

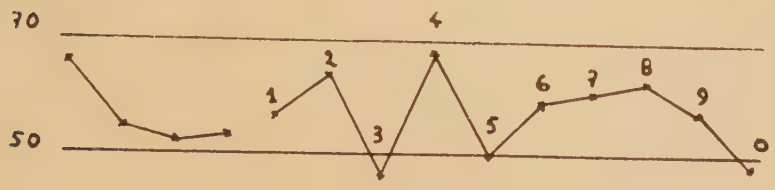
— Quant au troisième, le M.M.P.I. nous enseigne qu'il existe un terrain hystérique et que le malade réagit conformément à son terrain. De plus, il fait ressortir des éléments caractériels qui sont incontestables.

IV. - BOUFFEES DELIRANTES

Nous avons réuni sous ce terme quelques malades ayant présenté des épisodes délirants rapidement curables.

Nous avons fait le profil moyen de 7 d'entre eux.

Il est du type suivant :



Profil moyen des

BOUFFEES DELIRANTES

N = 7

On voit qu'aucun trait particulier ne ressort du profil moyen. Il faut dire toutefois qu'aucun malade n'a été testé au moment de son épisode délirant mais après.

Aucune constitution ou disposition particulière ne ressort spécialement.

Si nous examinons profil par profil, nous trouvons :

— 2 profils normaux (157, 110),
— 1 profil névrotique (34),
— 2 profils caractériels (170, 38),
— 1 profil nettement psychotique (133),
— 1 profil où les échelles 8 et 9 frôlent 70 (189).

Le M.M.P.I. n'apporte aucun élément intéressant. Le groupe est trop restreint pour qu'on puisse d'ailleurs tirer des conclusions de cette absence de spécificité.

V. - INDEX F-K

La distribution de l'index F-K pour tous les malades de ce chapitre est la suivante :

F - K	Schizophrènes	Maniaques	Etats confusionnels	Bouffées délirantes
+ 25 à + 23	1			
+ 22 à + 20	1	1		
+ 19 à + 17	1			
+ 16 à + 14				
+ 13 à + 11	1	1		1
+ 10 à + 8	1			
+ 7 à + 6	2	2		
+ 5 à + 3	5	3		1
+ 2 à + 1	2			
0 à — 2	1			1
— 3 à — 4			1	1
— 5 à — 6	2		1	1
— 7 à — 8				
— 9 à — 10				
— 11 à — 12			1	2
— 13 à — 14			1	
TOTAL	17	7	4	7 = 35

En résumé : de ce chapitre consacré aux troubles psychotiques, nous dirons que le M.M.P.I. s'y révèle d'un intérêt assez limité.

— le nombre de sujets susceptibles de passer le test est peu élevé.

— les schizophrènes au début sont détectés par le M.M.P.I. dans 50 % des cas. 1 fois sur 2, le test est normal.

— les schizophrènes confirmés ont en général des profils psychotiques. Toutefois un certain nombre de profils sont difficilement différenciables de la simulation ou de la débilité sans le secours de la clinique et d'autres tests.

Les quelques cas de syndrome maniaque ou hypomaniaque présentés sont accompagnés de profils généralement caractéristiques.

Les malades diagnostiqués « bouffées délirantes » se révèlent normaux au M.M.P.I. lorsque l'épisode délirant est terminé.

— Les états confusionnels sont dans l'ensemble sans intérêt pour le M.M.P.I.

— Malgré ces réserves et ces restrictions, les échelles 6, 8 et 9 peuvent être considérées comme valides et caractéristiques des états psychotiques.

CHAPITRE IV

MALADES NEUROLOGIQUES

Dans ce chapitre, nous avons réuni les résultats du M.M.P.I. de quelques malades du service de neurologie : des énurétiques pour lesquels on cherchait à apprécier la composante psychique de leur infirmité, trois cas d'épilepsie temporale et quelques cas de sciatiques soupçonnés de majoration.

I. - LES ENURETIQUES

Parmi les problèmes qui se posent à un service de Clinique Neuro-Psychiatrique, celui de l'Enurésie en est un parmi les plus embarrassants.

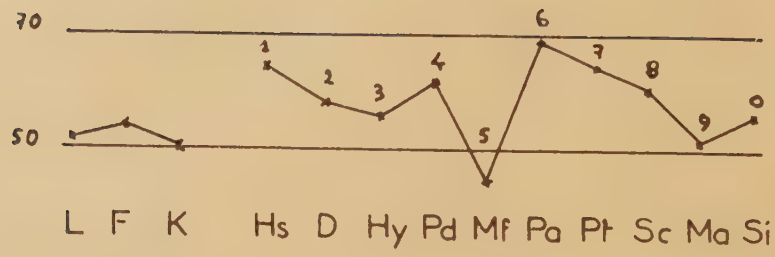
Nous n'aurons ici comme but que de voir quelle aide peut nous apporter le M.M.P.I. dans le problème de l'étiologie de l'énurésie. Bien entendu, nous n'avons pas la prétention de résoudre cette difficulté, mais de montrer ce que nous avons trouvé en faisant passer le test à vingt énurétiques.

Nous ne suivrons pas ici notre méthode habituelle qui est d'établir un profil moyen du groupe de malades étudié.

En effet, l'énurésie rassemblant des malades différents, le mélange des profils aboutit à un nivellement du profil moyen dans lequel plus rien ne ressort.

Il nous a donc semblé plus logique de rassembler les profils des malades pour lesquels les examens cliniques et complémentaires n'avaient pu mettre en évidence d'élément organique et de les comparer dans un second temps à ceux des autres malades.

a) Nous avons donc sélectionné huit profils de malades pour lesquels *l'énurésie* semblait reposer sur des *éléments uniquement psychologiques* et nous avons fait leur profil moyen.



Profil moyen des

ENURETIQUES sans LESIONS

N = 8

Nous nous apercevons que dans ces conditions, les échelles Pd et surtout Pa, évocatrices de troubles caractériels ressortent plus nettement.

Notons aussi, contrairement à ce que l'on aurait pu croire, l'échelle d'hystérie n'est pas très élevée.

b) Muni de ces données, nous avons examiné alors les autres *profils d'énurétiques* pour lesquels il existait un *élément organique*.

— *Observation* 122. — Le sujet a un rein droit surmunéraire et une hydronéphrose gauche. Son profil est de type: 271-65308/: 49.

On voit que ce sont des éléments d'inquiétude qui ressortent: la dépression et l'anxiété, encore ces échelles ne sont-elles pas très élevées. Ni l'échelle 6 (Pa), ni l'échelle 4 (Pd) ne sont remarquables. Il semble que dans ce cas, les lésions décrites soient responsables du trouble et que les petits éléments anxieux du M.M.P.I. (représentés par l'élévation de l'échelle de psychasthénie) soient réactionnels.

— *Observation* 115. — Aucune anomalie n'a été trouvée pour ce malade, mais son frère jumeau est également énurétique.

Le profil, de type: 2-71450/39: 5, est à rapprocher du précédent. Les quelques éléments dépressifs sont à la limite de la normale et vraisemblablement réactionnels. Il semble que dans ce cas il faille incriminer un élément congénital.

Observation 150. — L'énurésie remonte à l'âge de dix ans, époque à laquelle le malade a eu un traumatisme crânien (accident de voiture). Le M.M.P.I. est de type: 7-69081/2435.

Ici encore, de petits éléments anxieux émergent d'un ensemble sensiblement normal.

— *Observation EN*-11. — Le malade a une ptose du rein droit. Le M.M.P.I. est de type: 2714/6830 - 45 : 9.

Cette observation peut donc se rapprocher des trois premières observations : les éléments réactionnels y dominent.

— *Observation EN*-13. — Le malade est porteur d'une vessie à colonnes. Il existe chez lui de nombreux éléments de conflits familiaux : son père, éthylique, sème la terreur à la maison.

Son M.M.P.I. diffère des trois que nous venons de voir. Il est de type: 438-7061/2: 9-5.

Nous voyons que l'élément Pd se retrouve ici.

— *Observation EN* 9. — Ici encore on n'a pas trouvé autre chose qu'une vessie à colonnes. Or, le profil est de type: 6'83-147259/OL.

— *Observation* 32. — Vessie à colonnes chez ce malade. Le profil est de type: 8" 697' 2/-150/34 F.

— *Observation EN* 14. — Vessie à colonnes. Profil: 647'823 - 1/509 L K.

— *Observation* 169. — Vessie à colonnes. Mais la mère et la grand'mère de ce malade ont été opérées pour « incontinence d'urines ». Il y a également des éléments d'émotivité. Profil: 02'1 - 3467985. On voit que les éléments de difficulté d'insertion sociale et de dépression dominent.

— *Observation* 26. — Ce malade est également porteur d'une vessie à colonnes. Il faut dire toutefois que son énurésie est très occasionnelle: une fois par mois environ. Son M.M.P.I. est de type: 9"1'34782/560.

Nous voyons donc que dans les 6 observations que nous venons de citer où il n'y a que des vessies à colonnes à l'actif du bilan organique, on relève 4 cas : EN 13 — EN 9 — 32 — EN 14 où les éléments Pd ou Pa et quelquefois les deux se retrouvent, comme dans les observations où aucune part organique n'a été relevée.

Pour l'observation 26, on a l'impression qu'il ne s'agit pas du même genre de malade : son énurésie est très occasionnelle.

Une seule observation, *la 169,* ressemble aux 3 premières, les facteurs réactionnels y dominent.

On est alors en droit de se demander si le fait d'être porteur d'une vessie à colonnes suffit à expliquer une énurésie ou si en tous cas certains facteurs psychologiques importants n'ont pas échappé à une investigation cependant très complète.

— *Dans l'observation EN* 8 l'énurésie du malade a commencé lorsqu'il a perdu sa mère. A l'examen clinique il présente un réflexe oculocardiaque très positif et l'E.E.G. montre une dysfonction basale.

Son M.M.P.I. est de type: 870'6 - 9.452/31 P.

Il doit s'agir d'un malade appartenant à la fois aux deux catégories qui se sont peu à peu dégagées de l'examen de profils: les échelles 8 et 6 en dominante l'apparenteraient aux malades pour lesquels des facteurs psychiques sont seuls en cause et les échelles 7 et 0 à ceux pour lesquels on a trouvé des facteurs organiques.

— Citons, pour terminer, *l'Observation EN* 19, où le malade a simulé purement et simplement l'énurésie.

Son M.M.P.I. est de type: 21'9437/56 8.

Il semble qu'il ait passé le test sans chercher à le truquer. Des éléments névrotiques ressortent : dépression et hypocondrie. On voit qu'il ne s'agit pas du même type de malades que ceux vus précédemment.

c) *En conclusion,* nous dirons que l'observation des profils M.M.P.I. de 20 énurétiques nous a amené à distinguer deux groupes de malades :

1° Dans l'un de ces groupes composé de 8 malades, des facteurs psychologiques étaient uniquement en cause. Nous avons pu voir que l'étude de leur profil moyen met en valeur des éléments *caractériels :* Pd (déviation psychopathique) et Pa (paranoïa) [obs. EN 17, EN 16, 143, 20, EN 1, EN 2, EN 12].

2° Dans l'autre groupe, composé des observations 122, 115, 150 et EN 11, des éléments organiques importants ont été découverts. Le profil M.M.P.I. de ces malades est très différent et révèle des éléments *réactionnels* et anxieux.

Entre ces deux pôles extrêmes, on trouve :

— un groupe de 6 malades (EN 13, EN 9, 32, EN 14, 26 et 163) pour lesquels la découverte de colonnes vésicales pouvait, bien que la question soit mal connue et que l'on s'interroge sur les rapports vessie à colonnes - énurésie, constituer un élément étiologique.

Or sur ces 6 malades (EN 13, EN 9, 32 et EN 14), 4 paraissent s'apparenter au groupe des caractériels, un n'a qu'une énurésie très occasionnelle (26) et le dernier (obs. 163) présente, en plus de sa vessie à colonnes, une suspicion d'élément héréditaire.

On peut alors se demander si le simple fait de découvrir ces colonnes vésicales (que l'on trouve d'ailleurs aussi bien dans les cas d'énurésie quotidienne que dans les énurésies mensuelles comme l'obs. 169) suffit à expliquer l'affection en cause.

II. - EPILEPSIE TEMPORALE

Nous avons étudié les profils de 3 malades présentant des crises clastiques ou convulsives, qui se sont ultérieurement révélées être des comitialités temporales.

Voici d'abord l'*observation 42 ;* son profil est de type : 87"12350'469.

Dans *l'observation* 65, le profil est de type: 786'43105-29. Les échelles 8 (schizophrénie) et 7 (psychasthénie) se retrouvent. Les

éléments de troubles caractériels sont ici plus nets : 8 - 6 (paranoïa) et 4 (déviation psychopathique). Ici encore ce profil ressemble à un profil psychotique si ce n'est que l'échelle F est aux alentours de 60.

Dans *l'observation* 62, les éléments névrotiques dominent : 12 * 7" 3895' 4 6-0. Les éléments caractériels sont au dernier plan. Par contre, les échelles 7 (psychasthénie) et 8 (schizophrénie) sont présentes.

En bref, sur les 3 profils d'épilepsie temporale que nous venons de voir, deux auraient des allures psychotiques si l'échelle F était présente et un profil ressemble à un profil névrotique. Il est difficile de se prononcer sur la signification de ces faits.

III. - SCIATIQUES

Dans quelques cas, la thérapeutique des sciatiques se révèle inefficace. La question de la simulation se pose alors avec d'autant plus d'acuité que nous sommes en milieu militaire.

Dans *l'observation* 138, le sujet est porteur d'une lombosciatique type S1 qui ne cède pas à la thérapeutique. Son profil est de type: 2'1 60 - 37658/49. Les échelles de validité sont normales sauf pour L qui est à 70. Il est difficile d'affirmer la simulation : le profil n'a pas l'allure d'un profil truqué, il n'est ni très élevé, ni en « dents de scie ». Mais la probabilité en est grande ; l'échelle L est nettement élevée. Pour 10 réponses à cette échelle, le sujet se placerait dans les 2 % les plus élevés des normaux. Or, la rigueur de ses convictions morales n'était pas telle qu'elle put justifier une telle élévation de son échelle L. Par conséquent, il semble bien que l'opiniatreté de cette sciatique soit à mettre sur le compte d'un utilitarisme conscient.

Dans *l'observation* 141, l'histoire est la même. Le profil est de type 6543 - 12789/O L. Ici l'échelle L compte 11 réponses brutales, soit plus de 70 en score T. L'échelle 6 est dans les dominantes comme précédemment. Ici encore la simulation paraît probable.

Dans *l'observation* 148, le profil est de type 49'581 - 63/270. L'échelle L compte 5 réponses significatives seulement. Le sujet ne simule probablement pas, mais il a certainement des tendances caractérielles soulignées par l'association 4 x 9 (déviation psychopathique - hypomanie), encore que cette association soit quasi-physiologique chez des adolescents.

Dans *l'observation* 7, profil normal, aucune simulation décelable : 0-8712/9345 : 6.

En résumé : sur quatre cas de sciatiques rebelles à la thérapeutique, le M.M.P.I. indique deux malades susceptibles de simuler. Dans les deux cas, l'échelle 6 (paranoïa) est dans les dominantes, ce qui traduit, croyons-nous, une certaine agressivité envers des investigations jugées trop indiscrètes. En fait, la question n'a jamais été résolue car

à l'époque où ces malades étaient dans le service, le M.M.P.I. était expérimenté et l'on ne tenait pas compte de ses avis.

IV. - L'INDEX F-K

Le tableau de distribution de l'index F-K des malades de ce chapitre est le suivant :

F - K	Enurétiques	Epilepsie temp.	Sciatiques	
— 16				
— 15				
— 14	1			
— 13				
— 12				
— 11				
— 10	2			
— 9	3		1	
— 8				
— 7				
— 6			1	
— 5				
— 4	1			
— 3	1			
— 2				
— 1				
0	1		1	
1	2		1	
2				
3				
4	2			
5	1	1		
6				
7		1		
8		1		
9	1			
10				
11	1			
12				
13				
14	1			
15				
16				
17	1			
18				
19				
+ 20				
+ 21	1			
+ 22				
+ 23	1			
TOTAL	20	3	4	= 27

CHAPITRE V

UTILITÉ DU M.M.P.I. DANS LES CAS OU LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE EST DOUTEUX

Il existe dans un service de neuro-psychiatrie un grand nombre de malades pour lesquels l'établissement d'un diagnostic (élément important en milieu militaire où l'on est sans cesse amené à statuer sur l'aptitude des personnes) n'est pas aisé : soit que la symptomatologie soit complexe, soit que la conviction du clinicien ne soit pas ferme et qu'il se demande si d'autres éléments ne se dissimulent pas sous une apparence non pas trompeuse mais moins importante. Ces malades sont tout naturellement dirigés, chaque fois qu'on le peut, vers les tests psychologiques et l'on va voir que dans ce rôle d'éclaircissement des cas que, sans grande originalité, nous avons appelés « douteux », le M.M.P.I. répond à l'attente que l'on avait de son efficacité.

1° Voici 4 observations pour lesquelles la *méconnaissance du diagnostic psychiatrique* aurait pu avoir de graves conséquences et pour lesquelles il nous semble qu'à chaque fois l'utilisation du M.M.P.I. aurait permis d'éviter la méconnaissance de la gravité du mal :

— *Observation* 154. — Ma. 30 ans. Il est adressé au service pour troubles du comportement. Etant sergent, il vient d'être dégradé pour faute contre l'honneur, en l'occurrence émission de chèques sans provision. Mis en observation à l'hôpital le plus proche de sa garnison, on conclut, en avril 1957, à son entière responsabilité, après un examen psychosomatique négatif. Mais une contre-expertise atténue sa responsabilité et c'est au titre de surexpertise qu'il nous parvient.

Dans les antécédents de ce malade on note : un traumatisme crânien en 1952, avec perte de connaissance d'une heure (accident de jeep), une amibiase en 1947, un éthylisme confirmé avec cure de désintoxication en 1955.

A l'interrogatoire, ce malade décrit des épisodes critiques d'une durée brève (30 secondes environ), précédés d'oppressions respiratoires, d'impression d'éloignement des voix ambiantes, de diplopie, au cours desquels sa jambe gauche s'alourdit puis est animée de mouvements lents et involontaires. Ces épisodes se reproduisent plusieurs fois par semaine et dans leur décours il persiste une obnubilation qui dure de deux à trois jours.

Son humeur est variable, allant de l'apathie à l'euphorie. Lors de ses phases euphoriques il est facétieux, mettant entre autres du

sucre dans le réservoir d'essence de la voiture de son commandant de compagnie ou déposant un camembert avancé dans le tiroir du bureau de sa compagnie.

Dans le décours de ces épisodes critiques il commet des actes bizarres ou il a des distractions : étant fourrier de son unité, il signe des inventaires importants sans les vérifier, allant de ce fait au devant de graves déboires. A deux reprises il effectue des fugues brèves et amnésiques. Enfin, il émet des chèques sans provision pour régler des achats dont il n'avait nul besoin.

L'examen clinique révèle un déficit moteur gauche discret.

L'E.E.G. est en faveur d'une comitialité avec foyer du vertex.

Le M.M.P.I. est de forme : 8 * 13" 275' 069 4 F.

L'élévation de l'échelle F souligne l'importance et la réalité du trouble. L'échelle 8 marque ici les troubles de comportement du malade plutôt qu'un état psychotique.

La triade névrotique 123 souligne un élément certainement antérieur au traumatisme crânien et qui passe inaperçu en regard de la richesse du tableau clinique actuel. Ce malade était probablement un névropathe avant d'avoir son accident épileptogène. Nous manquons d'éléments précis pour affirmer cette antériorité de l'état névrotique, tout au plus pouvons-nous remarquer qu'il a fait une fugue de plusieurs jours à l'âge de 13 ans.

Une chose en tous cas est certaine : la seule vue d'un tel profil aussi manifestement perturbé aurait fait émettre les plus expresses réserves sur le diagnostic d'avril 1957, au cours duquel on concluait à l'entière responsabilité du malade.

— Du même genre est *l'observation* 58 : la réalité du trouble psychique est d'abord passée inaperçue alors que le M.M.P.I., s'il avait été fait, aurait certainement attiré l'attention :

Il s'agit ici d'un malade de 20 ans hospitalisé dans un service de médecine de l'hôpital pour un souffle systolique.

On conclut à une dystonie neuro-végétative simple et le malade est classé apte au service.

De retour à son corps, il tente de se jeter par la fenêtre.

Il nous est alors adressé.

Ses antécédents sont intéressants : sa mère est « malade des nerfs », une sœur de 33 ans est soignée pour « neurasthénie », une autre de 25 ans a été hospitalisée pour des « crises de nerfs ».

Lui-même a marché tardivement. Il a été énurétique jusqu'à 15 ans et il semble qu'il ait fait une puberté retardée.

Il se plaint de sensation vertigineuse, de dypsnée d'effort, de sensation d'étouffement, tachycardie et de nausées.

Son M.M.P.I. est de type: 13 * 827 " 46 - 09/5.

Le profil diphasique est d'allure psychonévrotique.

Les échelles névrotiques dominent avec possibilité de manifestation psycho-somatique (13) de type hypocondriaque ($1 > 3$).

Selon Meehl, l'association de l'échelle 8 aux échelles de névroses indique une névrose de mauvais pronostic.

Ce qui est certain, et que nous devons souligner, c'est que la passation du test lors de sa première hospitalisation n'aurait pas permis de maintenir l'aptitude au service, si tant est que la courbe ait eu la même allure, ce qui est fort probable, car les deux hospitalisations ont été rapprochées.

La tentative de suicide, fort heureusement avortée, souligne le caractère de gravité que peut revêtir l'ignorance d'un état psychiatrique.

Cette remarque n'est pas faite dans un esprit de critique de nos confrères, car il est bien certain que certains états ne se manifestent pas lors d'hospitalisations brèves, mais bien plutôt pour souligner l'aide que peut apporter le test dans ce genre de cas.

— *Observation* 103. — Al... 18 ans 1/2, engagé, deux mois de service.

Envoyé pour syndrôme psychasthénique avec idées de suicide. Il nous raconte une histoire fort cohérente selon laquelle il s'est engagé par « coup de tête », à la suite de dissensions familiales. Il se rend compte qu'il a eu tort et maintenant il voudrait faire machine arrière. Mais ne sachant comment y parvenir, il a inventé une histoire de suicide pour venir jusqu'à nous et être réformé. Devant la vraisemblance de sa confession, beaucoup de petits signes, pourtant notés, passent au second plan : une sensation d'étrangeté, d'être différent des autres ; une certaine indifférence devant la vie qui est jugée monotone ; un côté taciturne et solitaire de son caractère : il n'a pas d'amis et n'en désire pas.

Tout cela est mis sur le compte d'une attitude qu'il se donne: en effet, ce jeune homme, grand lecteur de Sartre, affecte un genre bien connu: pull-over noir, désir de « choquer le bourgeois », dégoût généralisé.

Dès ce moment un M.M.P.I. est fait : l'analyse de son résultat n'a pas d'incidence pratique, car nous manquions alors de recul pour juger des résultats obtenus.

Le malade nous quitte peu après avec un diagnostic banal et il est reconnu apte au service. Or, à la sortie de l'hôpital, il ne rejoint pas son corps. Il rentre tout simplement chez lui et il reprend son travail. Arrêté par la gendarmerie, il essaie de s'échapper, puis il s'ouvre les veines. Admis à nouveau dans le service, on note alors à son sujet une présentation oppositionnelle avec mutisme, de l'indifférence, et surtout apragmatisme complet.

L'hypothèse d'une évolution vers un état dissociatif se pose à ce moment et le malade est réformé.

Il est intéressant d'étudier la forme du profil M.M.P.I. de sa première hospitalisation alors que le tableau clinique est très différent de ce qu'il fut par la suite : 869' 754 - 203/I F.

C'est un profil psychotique: les trois échelles de psychose sont au-dessus de 70 alors que les échelles de névrose sont muettes.

La gravité de l'atteinte est soulignée par l'élévation de l'échelle F. Il s'agit très vraisemblablement d'un état dissociatif. Il est intéressant de noter qu'un tel profil a été obtenu au moment où rien ne laissait prévoir l'évolution spectaculaire à laquelle nous avons assisté.

Un tel résultat n'aurait pas laissé subsister le diagnostic de la première hospitalisation. A tout le moins aurait-on observé plus longuement et plus attentivement le malade avant de conclure à son aptitude.

— *Observation F.* — Le malade était fortement suspect de simulation : au moment du test il ne présentait que peu de signes classiques de schizophrénie : seuls des actes absurdes mais qui paraissaient forcés, pouvaient attirer l'attention : l'un de ceux-ci fut de se baigner tout habillé dans le bassin de l'hôpital ; un autre fut de s'évader de l'hôpital sans autre vêtement qu'un slip.

Lors des tests psychologiques qui lui furent administrés, ses performances au Matrix furent si lamentables et si délibérément absurdes que l'impression de simulation fut confirmée. Le M.M.P.I. était de type: 86 * 9" 7' 24/35 F. Le profil était de type psychotique, mais l'importance de l'index F-K qui est à + 23 et la pression du contexte clinique nous amenèrent à conclure à une simulation. Le malade fut donc renvoyé à son unité. A quelques temps de là le malade fut réhospitalisé et actuellement le diagnostic de schizophrénie est confirmé.

L'intérêt de cette observation est de faire ressortir la difficulté du diagnostic des schizophrénies au début d'une part et l'aide

apportée par le M.M.P.I. d'autre part: un malade peut avoir un M.M.P.I. normal, mais une personne ayant un M.M.P.I. perturbé est presque sûrement anormale.

2° Dans d'autres cas, le test *attire l'attention sur des aspects de personnalité* qui ne sont pas au premier plan mais qui n'en ont pas moins leur importance :

a) Telle est *l'observation* 128 d'un malade de 22 ans, rapatrié d'A.F.N. à la suite d'un épisode dépressif.

Son profil est de type: 2" 35' 46710 - 8/9.

L'élément dépressif ressort aisément par le truchement de l'échelle 2, mais l'association 35 en dominante fait surgir une féminité d'intérêt et de goût avec possibilité d'homosexualité latente ou manifeste.

Cette dernière hypothèse n'a pu être vérifiée.

Toutefois, on note dans l'observation de ce malade un goût prononcé pour les arts et la littérature.

A 20 ans il aurait présenté un épisode confusionnel à la suite d'une rupture sentimentale avec tentative de suicide non mise à exécution au dernier moment. Egalement, il semble que son état dépressif d'Algérie ait été motivé par son horreur des scènes de violence que la guerre entraîne et qui lui étaient insupportables. Ces deux faits semblent en accord avec la présence de l'échelle 3.

On voit que le M.M.P.I. ne soulève pas un élément gratuit mais bien une composante intéressante de la personnalité du malade, passée au second plan en regard de ses troubles actuels.

b) *L'observation* 112 présente également un intérêt de même type.

Ici aussi le M.M.P.I. dégage un aspect inattendu de la personnalité explorée.

Il s'agissait d'un jeune engagé de 18 ans. Il nous était envoyé pour trancher de son aptitude à la vaccination.

En effet, d'après ses dires, il aurait présenté des phénomènes de choc lors d'une vaccination dans le civil. De plus, et c'est peut-être ce qui motivait son envoi dans le service, la simple vue d'une seringue avait déterminé un évanouissement de sa part.

Un interrogatoire serré suivi d'injection d'eau distillée pratiquée sous E.E.G. et E.C.G. remirent les choses dans leur cadre véritable : il s'agissait d'une simple réaction émotive qui céda très bien par la suite à un simple déconditionnement.

Son M.M.P.I. montre un profil très inattendu: 4' 79-68/3120: 5.

L'élément associal représenté par l'échelle 4 et surtout l'association avec 9 revêt ici une importance particulière. Ce profil est fréquent chez les délinquants et il serait certainement imprudent de confier des responsabilités matérielles à ce sujet sans *l'avoir examiné* sous cet angle. Bien entendu, il est très possible que ce jeune homme ne commette jamais aucun délit et ait une conduite tout à fait normale. Il n'empêche que la vue d'un tel profil aurait justifié des investigations dans ce domaine.

3° Dans d'autres cas, au contraire, il arrive que le M.M.P.I. introduise *un doute* au sujet du diagnostic posé. Un profil normal réduit quelquefois à peu de choses les allégations d'un sujet ou les rapports de son entourage.

a) Ainsi *l'observation* 83 d'un jeune soldat rapatrié d'A.F.N. pour syndrôme neurasthénique. Il se plaignait de rachialgies, de céphalées frontales persistantes, de dyspnée. Il présentait des troubles fonctionnels cardiaques, des courbatures. Il était asthénique et jouissait d'un sommeil assez irrégulier.

Dans le service, nous ne pûmes que conclure à un examen neuropsychiatrique normal.

De même le M.M.P.I., de forme *3571* 489 - 620 est dans les limites de la normale.

La symptomatologie de ce malade devait s'expliquer quelques jours plus tard par l'installation d'un ictère complet avec bradycardie, prurit et selles décolorées.

Dans cette observation, il est intéressant de constater qu'une symptomatologie hétérogène qui peut se trouver à la fois dans des affections à prédominance médicale ou à prédominance psychiatrique mais qui est due, dans le cas qui nous occupe, à une affection organique, n'entraîne aucune modification du profil M.M.P.I.

b) Quelque peu différente est *l'observation* 95. Mais nous verrons qu'ici aussi le M.M.P.I. dément le sérieux du diagnostic pour n'en laisser subsister que peu de choses.

Le jeune homme qui nous intéresse maintenant, âgé de 18 ans, nous est envoyé pour « névrose de caractère secondaire à des conflits familiaux mal liquidés ».

Engagé dans la marine de guerre, il ne s'y plait pas. Il désire résilier son engagement, mais ses parents s'y opposent. Suite de quoi il déserte et s'enfuit en Belgique. Au bout de 28 jours, il rejoint son bâtiment et est écroué. Il fait six mois de prison puis est envoyé terminer son contrat dans une unité disciplinaire.

A Tinfouchi il présente des douleurs gastriques, des douleurs de type L4 L5 et D4 D5, de l'anorexie, de l'asthénie et un amaigrissement de 20 kg.

Il est alors rapatrié et nous arrive.

A l'examen, nous relevons des sequelles d'ictère.

La personnalité du malade nous fait une bonne impression et nous sommes enclins à adoucir les termes du diagnostic.

Le M.M.P.I. confirme pleinement cette impression : 124-28/5679 : 0.

Aucune échelle ne dépasse 70. Les éléments qui dominent sont dans les limites d'une personnalité normale : quelques éléments hystéroïdes (mais Freud n'a-t-il pas dit : « Nous sommes tous des hystériques... »). Une petite touche hypocondriaque et une échelle 4 (quasi-physiologique chez les adolescents).

En tous cas, il ne semble pas s'agir d'un caractériel et la clinique confirme amplement cette impression.

c) Dans *l'observation* 129, le sujet, âgé de 20 ans, vient d'être rapatrié d'Afrique Noire pour baisse du tonus psychique et physique, lipothymies, asthénie, variation de l'humeur à type d'énervement.

Dans le service, rien d'intéressant n'est noté, si ce n'est une hyperémotivité certaine et un E.E.G. de dysfonctionnement basal.

Le M.M.P.I. : 9-*51348/7* : 205 L K, confirme cette impression : il n'existe pas de grosses anomalies. La présence des échelles L et K dans la représentation en code du graphique montre que le sujet est sur ses gardes et qu'il cherche à se faire bien voir. La présence de l'échelle 9 en dominante indique un type de personnalité orienté vers l'extraversion et l'action.

d) Dans *l'observation* 189, le malade de 24 ans nous est envoyé pour stabilité émotionnelle douteuse avec légère tendance agressive.

Nous le trouvons en mauvais état général. Il présente des décalcifications et des ostéophytes de la charnière dorso-lombaire.

Dans ses antécédents, il y a deux épisodes dépressifs : l'un pour rupture avec sa fiancée, l'autre en raison de sa mauvaise santé qui l'empêche d'accéder aux grades supérieurs.

Son humeur est instable. Il est anxieux, irritable et insomniaque.

Son M.M.P.I. est de forme 3765-2418/50. Nous sommes rassurés : le profil est sensiblement normal.

Dans cette personnalité ressortent toutesfois des éléments d'hystérie de caractère (Hy (O) = II - H (S) = 16) et d'anxiété qui expliquent les aspects que l'on décrit dans les observations.

Ce sujet n'est pas un malade mental.

e) *L'observation* 120 est intéressante parce que, semble-t-il, la clé du problème a été mise en évidence : il s'agit d'un jeune homme de 20 ans 1/2 envoyé pour des crises nerveuses de typé épileptique. Depuis deux ans il présente des douleurs abdominales en barre, des céphalées, des impresions de déséquilibre avec vacillement des objets survenant par crises, suivies de perte de connaissance avec agitation.

Dans le service, le bilan somatique est négatif et l'E.E.G. est normal. On s'oriente alors vers des recherches plus psychologiques et dans ce cadre le M.M.P.I. est fait : *138* - 2760/459.

Il ne montre pas de grosses anomalies. Nous remarquons simplement une ébauche de V psycho-somatique.

A ce moment des investigations, le résultat de la réaction de Stewart et Watson vient nous sortir d'embarras.

Le diagnostic de porphyrie aiguë intermittente est posé.

Il est notable de constater que dans cette affection d'apparence neuro-psychiatrique, le résultat du test est resté normal.

f) Dans *l'observation* 172, la question se posait de savoir si le bégaiement d'un jeune soldat ne relevait pas de causes psychiques.

Cliniquement, il semblait que non: il y avait eu un traumatisme obstrétrical. D'autre part, une grand'mère paternelle bégayait. Enfin, une tentative antérieure de rééducation avait échoué.

Qu'allait montrer le M.M.P.I.: 90/*6785 13 :* 24 : aucune anomalie n'est visible. Question résolue.

g) Dans *l'observation* 153, un jeune soldat de 20 ans nous est envoyé pour troubles du comportement avec actes répréhensibles.

Le problème posé est sérieux, car il met en cause l'aptitude du sujet.

De quoi s'agit-il ?

Il a dérobé une certaine somme d'argent à un camarade pour l'envoyer à sa grand'mère en difficulté.

Lors d'une enquête il n'a fait aucune difficulté à avouer son larcin. L'examen ne révèle aucun trouble. Le M.M.P.I. non plus, puisqu'il est de forme 0831-76532/4. Le sujet est renvoyé à son Corps et ses chefs sont rassurés quant à son équilibre mental.

h) *L'observation* 184 est caractéristique également des possibilités d'erreur que le M.M.P.I. peut corriger.

Le malade, âgé de 28 ans, nous est envoyé avec un diagnostic digne d'intérêt : « Troubles de caractère et du comportement. Possibilité de simulation ».

Nous sommes frappés dès l'abord par l'importance de la surdité de ce malade. Les spécialistes consultés confirment la réalité et l'importance de cette surdité, de survenue rapide sans aucun doute.

Le reste de l'examen est entièrement négatif: le sujet prépare une agrégation d'histoire, il n'a aucun trouble psychiatrique et son E.E.G. est normal.

Le M.M.P.I. confirme entièrement notre impression en explicitant toutes les nuances de ce cas : 720-13585/64.

Le profil est dans les limites de la normale. Ressortent des éléments de peu d'élévation qui sont : l'anxiété (7), la dépression (2) et les difficultés d'insertion sociale (0), toutes choses qui s'expliquent très bien dans le cas de ce malade et qui nous permettaient de réponde : ce n'est ni un simulateur, ni un caractériel, *mais un sourd.*

4° Dans certains autres de nos cas, le test, tout en reconnaissant qu'il y a quelque chose », *contribue à modifier le diagnostic porté :*

a) Dans *l'observation* 209, un séminariste de 23 ans donne des préoccupations au commandement : bien que ménagé et utilisé à un emploi sédentaire, il présente un état général médiocre, des troubles du caractère, de la lassitude, de l'insomnie et de l'abattement. Il est d'abord adressé à nos camarades de médecine qui mettent en évidence un discret hépatisme qui ne justifie pas le tableau présenté. Ils nous l'envoient.

Nous le trouvons irrascible, susceptible, logorrhéique et scrupuleux.

Le contact du monde lui est pénible. L'un de nous porte le diagnostic d'état psychasthénique contre l'avis des autres.

Le M.M.P.I. est de forme : 10' 352 - 467/89.

Notre confrère se trompe : il ne s'agit pas d'un état psychasthénique, mais d'un petit état névrotique dans lequel dominent les préoccupations hypocondriaques et les difficultés d'insertion sociale.

b) Dans *l'observation* 105 également, le M.M.P.I. corrige les termes du diagnostic : il s'agit d'un jeune soldat de 21 ans qui, dans les quatre derniers mois de son séjour en A.F.N., s'est trouvé incapable de s'adapter à ses camarades. On relève dans son observation les mots de bagarre, agitation, insomnie, idées de fugue et de suicide non mises à exécution.

Nous le trouvons anxieux, nerveux, irritable, en proie à un certain sentiment d'infériorité : partout où il passe, dit-il, il est l'objet de moqueries. Il craint le bruit et il est instable.

On conclut à une inadaptation sociale avec nervosisme et instabilité, tout en se demandant si certains éléments hystériques n'entrent pas en jeu.

Le M.M.P.I. est : 72' 831 - 05469.

Le profil est modérément perturbé. Les éléments anxieux et dépressifs dominent. Le sujet est nerveux et tendu.

Il s'agit d'un état dépressif réactionnel ou d'un état obsessionnel.

En tous cas, ce n'est ni une hystérie, ni une personnalité associale.

c) Dans *l'observation* 134 également, le M.M.P.I. joue un rôle correcteur.

Cette correction n'est d'ailleurs pas gratuite, car, à sa lueur, on se rend compte qu'elle permet d'interpréter le cas d'une manière nouvelle et valable: il s'agit d'un sujet de 20 ans envoyé pour mythomanie chez un oligophrène.

On relève dans son observation des troubles du comportement, de l'impulsivité, de la brutalité, des épisodes critiques avec tremblements, malaise et précordialgies.

Il a été élevé par des parents nourriciers. Il a le C.E.P.

Son M.M.P.I., de type 4" 75 - 88163/02, nous apporte plusieurs éléments.

D'abord, ce n'est pas un profil de débile. Il est parfaitement valide et il fait ressortir l'associalité du malade. Il se présente ici surtout comme un caractériel et il est bien vrai que des tableaux cliniques de ce type se voient chez des caractériels. L'élément pronostic a beaucoup de valeur : il faudra se méfier de ce malade du point de vue délinquance.

Ce problème de l'incompréhension ou de la débilité des malades arrête souvent les psychologues. Nous allons voir que, dans ces cas-là, l'aspect du M.M.P.I. est souvent le même, quoique différent de ce qui est décrit dans la littérature.

— Par exemple, dans *l'observation* 21, le sujet, âgé de 21 ans, nous est adressé pour état dépressif avec ébauche de délire de persécution. On mentionne également un sentiment d'étrangeté et de petits éléments dissociatifs.

Il n'a pas son C.E.P. Les raisonnements élémentaires sont seuls possibles. Son jugement est faible. Les phrases absurdes reçoivent des réponses incorrectes. Certaines questions reçoivent des réponses bizarres.

Dans la suite de son séjour dans le service, le caractère psychotique de ce cas s'affirme : impulsions suicidaires, idées de culpabilité, discordance, idées délirantes mal systématisées à thème de persécution et interprétation. « Au cours d'une garde, en Algérie, j'ai vu de nombreux chiens autour de moi, cela signifiait que je n'étais pas comme les autres. »

Son M.M.P.I. est 86410-92 3/5 L. Le profil est « en dent de scie ». Dans la littérature, un tel profil est souvent représenté comme truqué. Ici, il ne s'agit manifestement pas d'un simulateur, mais d'un malade qui ne comprend pas, d'abord parce qu'il est débile, et ensuite parce qu'il est en train d'installer une psychose.

On voit que l'incompréhension ne s'accorde pas forcément d'élévation de l'échelle F et que, même dans ces conditions d'invalidité, l'échelle 8 est la plus élevée, ce qui constitue la note psychotique, et que le caractère de persécution se retrouve dans l'échelle 6. Par contre, les éléments dépressifs ne ressortent pas.

d) Dans une autre de nos observations de débile, *l'observation* 70, le sujet nous est adressé pour des pertes de connaissance précédées de tempes battantes, de bourdonnements d'oreilles, de sensation de rotation de la tête. Il n'a pas son C.E.P.

Son M.M.P.I. est de forme 1230/759468. Le profil est donc caractérisé par le peu d'élévation des échelles, parmi lesquelles les échelles de névrose sont les plus élevées.

e) Profil très bas également dans *l'observation* 109, où un jeune appelé de 20 ans est adressé dans le service pour dysmorphie crânienne.

La psychométrie met en relief un niveau mental nettement inférieur à la moyenne. Le vocabulaire est pauvre. Les cubes de Kohn sont nettement insuffisants. Les psychologues concluaient : « Le malade arrive difficilement à analyser une perception globale et procède par tatonnements peu dirigés plus que par réflexion ». Les possibilités d'apprentissage sont réduites : il s'agit donc bien d'un débile de la plus belle eau.

Voyons son profil: 781/64: 2390 5.

C'est un profil très bas dans lequel, ici encore, la fameuse échelle F, qui doit s'élever si on ne comprend pas les questions, n'a pas bougé.

Notre expérience des conditions d'invalidités du test est très limitée, car en principe nous avons exclu les débiles de notre enquête. Il est tout de même notable que, dans ces trois cas où l'incompréhension n'est pas douteuse, nous retrouvions toujours un profil très bas sans que l'échelle F ait varié.

Ce bref tour d'horizon des variétés de cas douteux que l'on peut avoir à examiner nous permettra de voir également un type de profil que l'on rencontre fréquemment, surtout dans l'armée, mais où, ici, nous avons une quasi-certitude quant à la vérité, ce qui nous amène à le citer.

— Il s'agit de *l'observation* 228, d'une jeune recrue de 20 ans qui a été hospitalisée en 1955 pour épisode dépressif. Celui-ci semble avoir été précédé d'une longue période de vie déréglée avec de nombreux excès de toutes sortes : alcool, nuits sans sommeil, éréthisme sexuel, caves de Saint-Germain-des-Prés.

La dépression paraît plutôt avoir été un effondrement de son organisme épuisé, bien qu'en fait nous ne puissions rien affirmer. Quoiqu'il en soit, il subit une cure de Sakel et il quitte l'établissement où il était hospitalisé avec le diagnostic « d'état dépressif suspect d'évolution schizophrénique ». Trois ans se passent, le mieux du monde. Le jeune homme est alors appelé au service. Il exhibe des certificats médicaux où le terme de schizophrénie a vite fait de nous l'amener.

Cliniquement, il ne présentait aucun signe de dissociation. On lui fit donc faire le M.M.P.I., et ce n'est qu'après celui-ci qu'il devait, par un demi-aveu, confirmer l'hypothèse émise à la vue de son profil: 89 * 1" *367* 240' 5 F. Le F-K est à plus de 24. A la vue d'un profil aussi élevé dans toutes les échelles, on ne peut que se demander, F aidant, s'il ne s'agit pas d'une grande exagération, voire une simulation.

C'est cette hypothèse qui est presque certainement la vraie.

5° Il reste une éventualité, c'est celle-ci que nous envisagerons pour terminer ce tour d'horizon de cas douteux, celle où l'on voit le test confirmer pleinement l'impression clinique.

a) Dans *l'observation* 176, nous avons affaire à un épisode psychotique. Il s'agit d'une jeune recrue de 21 ans qui entre dans le service le 27 janvier avec un tableau confusionnel. Le 1er février on note un état d'agitation psychomotrice de type maniaque. Le malade s'améliore progressivement dans les jours qui suivent, sous l'effet d'une thérapeutique convulsivante. Par la suite, on note un certain flou de la pensée, de la lenteur d'idéation. Il ne persiste que des idées vagues au sujet de l'épisode confusionnel. Un mois plus tard, il fait irruption dans notre bureau en pleurant. Il nous raconte qu'il a séjourné à l'hôpital psychiatrique de Pau, où il est resté trois mois. Son frère aurait également été hospitalisé dans le même établissement et peu après il s'est suicidé.

Le M.M.P.I. fait quelques jours avant cet épisode montrait un profil de type: 7" 821' 30 - 6/*459*.

Il s'agit d'un profil de type psychotique : les échelles 7 et 8 dominent, malgré un nombre élevé de « je ne sais pas ». Très probablement l'évolution schizophrénique se confirmera par la suite.

b) *L'observation* 72 se présente plutôt comme de type névrotique: il s'agit d'une jeune recrue de 20 ans traitée dans l'établissement pour une sinusite maxillaire droite. Au moment de son départ en convalescence : vertiges, évanouissements et arthralgies fugaces. Il nous est adressé.

L'examen clinique est négatif. Au cours de l'entretien, il raconte qu'il est resté « faible » depuis une broncho-pneumonie à l'âge de 5 ans. Il est obligé de se reposer très souvent et il prend toutes sortes de fortifiants. Il lui arrive de perdre connaissance.

Au moment où il est vu, il est très inquiet, se demandant ce qu'il peut bien avoir. La présentation de ce malade est très dépressive, il pleure.

Son M.M.P.I. est de type: 1' *823* - 4679/05 K.

Malgré la défense du sujet et son désir de se faire bien considérer, qui ressortent sous forme d'une échelle K élevée, on peut constater que l'élévation de l'échelle 1 confirme pleinement la clinique : il s'agit d'une hypocondrie manifeste.

c) *L'observation* 146 est de même type, quoique mettant l'accent sur un aspect névrotique un peu différent.

Le malade, âgé de 25 ans, est cultivateur. Il nous est adressé avec le diagnostic de crises comitiales. Dans la vie civile il a subi divers traitements anti-convulsivants (gardénal, ortenal, épidione).

Dans le service, il apparaît à l'interrogatoire que le malade a des pertes de connaissance avec, pour certaines, incontinence d'urines. On note aussi des terreurs nocturnes. Dans son histoire, on note que, dès la quatrième, il a quitté le collège et suivi des cours particuliers à cause de ses crises (qui se produisent à raison de deux à trois par an). Il a été énurétique jusqu'à 7 ans. Son père est un gros propriétaire terrain. Au cours de l'hyperpnée provoquée, le sujet présente des manifestations névropathiques. Les examens cliniques et complémentaires sont négatifs : l'E.E.G. ne montre qu'une dysfonction basale et l'encéphalographie gazeuse ne décèle aucune anomalie.

Le M.M.P.I. est de type: 3" 21' 6780-45/9.

On voit qu'il s'agit d'un protocole névrotique, puisque les trois échelles de névrose dominent largement, caractérisé par l'importance de la note pithiatique. L'échelle 9, très basse, traduit probablement des difficultés d'expression orale. On a ici l'image d'une éventualité fréquente dans un service de neuro-psychiatrie: celle d'un malade présentant des manifestations convulsives sans que l'on puisse déceler aucune origine organique. Dans l'observation que nous venons de schématiser, le test est fort utile en orientant le diagnostic dans une voie féconde et vraisemblable d'après l'examen de ce malade.

En résumé, nous avons vu que dans le cas où le diagnostic est douteux, le M.M.P.I. est susceptible de rendre de signalés services :

— soit en mettant en relief des éléments anormaux chez des malades pour lesquels un examen trop hâtif avait fait conclure à l'absence de troubles ;

— soit au contraire en trouvant normaux des individus qui sont suspects d'affections mentales, en replaçant dans leur cadre naturel des petits signes dont l'interprétation peut être double : soit signes de début d'une affection mentale, soit manifestations passagères et banales chez un individu par ailleurs sain ;

— soit en modifiant un diagnostic, tout en étant d'accord avec le clinicien au sujet de la réalité du trouble, mais en mettant en valeur d'autres éléments que ceux vus de prime abord ;

— soit enfin en confirmant pleinement l'impression clinique, donnant ainsi au diagnostic un coefficient de probabilité beaucoup plus élevé.

CHAPITRE VI

MALADIES PSYCHO-SOMATIQUES

Parmi les tâches qui ont été classiquement assignées au M.M.P.I., Leverenz (4) a particulièrement insisté sur l'évaluation des composantes névrotiques des cas complexes médicaux ou chirurgicaux.

Dans ce cadre, nous avons étudié un groupe d'amibiens chroniques, un syndrome de type ulcéreux et une asthénie psycho-somatique.

I. - AMIBIENS CHRONIQUES

Dans un récent travail qui a d'ailleurs fait l'objet d'une thèse, Mazaud et Signoret se sont livrés à une étude biotypologique de 50 malades atteints d'amibiase chronique. En ce qui concerne la partie psychologique de leur tâche, ces auteurs ont bien voulu nous confier leurs malades. Nous leur avons fait subir l'Inventaire du Minnesota et nous nous sommes volontairement limité à ce test pour des raisons pratiques : ces malades, transitaires le plus souvent d'A.F.N., ne devaient séjourner que peu de temps à l'hôpital.

40 seulement des malades de Mazaud et Signoret ont subi les épreuves du test, les autres n'ayant pu être vus pour les raisons de fonctionnement alléguées plus haut. Sur ces 40 malades, 5 étaient âgés de 30 à 36 ans, les 35 autres avaient de 20 à 22 ans. Les cinq malades les plus âgés étaient des engagés, les autres accomplissaient leur temps de service légal. Les premiers étaient mariés : l'un d'entre eux avait 10 enfants, un autre 2, deux en avaient un et le dernier n'en avait pas. Tous les autres étaient célibataires.

Du point de vue clinique, les auteurs pour affirmer le diagnostic d'amibiase chronique exigeaient les critères suivants :

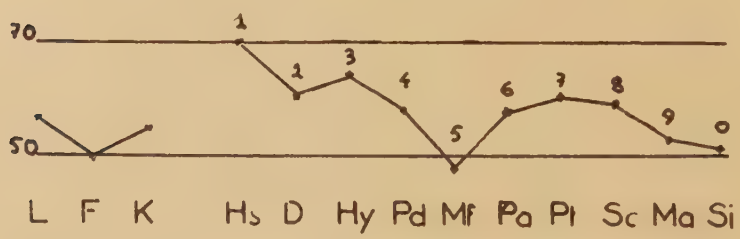
1° parasitose confirmée coprologiquement à un moment quelconque de la maladie ;

2° traitement correctement et suffisamment appliqué ;

3° persistance de troubles digestifs polymorphes avec ou sans persistance de parasites dans les selles.

Il n'existait aucun cas d'éthylisme dans cette population.

Le profil moyen de ces malades est le suivant :



Profil moyen des

AMIBIENS CHRONIQUES
N.40

Un tel type d'élévation des échelles névrotiques, affectant la forme d'un V, se retrouve dans de nombreuses maladies dites « psycho-somatiques » (Pichot, 1).

Ainsi Wiener (2) trouve des profils de ce type dans l'arthrite rhumatismale, l'asthme, les cardiopathies valvulaires et les maladies de peau. Par contre, il ne trouve pas cette forme en V chez les ulcéreux gastro-duodénaux. Il semble qu'ils constituent un groupe à part pour lequel d'ailleurs les biotypologistes n'ont jamais trouvé de terrain particulier. Comme le dit Vague (3) : « leurs conclusions sont évasives et souvent contradictoires » et il cite à l'appui de son opinion les travaux de Draper, Robinson et Brucer, Bockus, Cardi et Corman, Delore et Chapuy, Sheldon, Stevens et Tucher, Martiny.

Leverenz (4), pour sa part, trouve une élévation de la triade névrotique chez des ulcéreux, mais il ne précise pas de quel type. Il note toutefois que les malades ayant l'élévation la plus forte étaient ceux pour lesquels la thérapeutique s'était montrée la moins efficace, au contraire de ceux montrant des profils normaux.

Le premier point que nous pouvons établir est donc que ce type de profil se retrouve dans les affections dites « psycho-somatiques ».

La question se pose maintenant de savoir si cette élévation de la triade névrotique traduit un état névrotique ou si elle est due à la maladie elle-même. Pour y répondre, nous avons essayé d'analyser échelle par échelle les facteurs d'anomalies de ces malades.

En ce qui concerne *l'échelle d'hystérie*, nous devons répondre à une question importante : ces malades sont-ils des hystériques ? La moyenne de l'échelle Hy du groupe d'hystériques sélectionné pour ce travail est de 34,77. Les amibiens ont une moyenne de 26. La différence entre ces deux groupes de malades est significative. Donc le groupe que nous étudions se situe entre un groupe d'hystériques et un groupe de normaux. Nous nous trouvons dans les conditions d'application des échelles « subtiles » dues à Wiener (7). Le dessein de cet auteur est d'explorer à l'aide de questions « subtiles » les personnalités sensiblement normales et non les personnalités manifestement perturbées pour lesquelles le M.M.P.I. a été conçu.

Le tableau 1 nous permet de comparer les résultats des amibiens chroniques aux 2 échelles d'hystérie à ceux d'une population normale qui est celle des jeunes appelés effectuant un séjour au Centre de Présélection de Tarascon.

TABLEAU 1

	Hystérie subtile	Hystérie évidente
Normaux : N = 200	11,03	6,24
Amibiens : N = 40	13,80	12,6

Cette comparaison met en évidence des différences : d'abord pour « l'hystérie évidente ». Cette élévation était prévisible en raison du grand nombre d'items somatiques inclus dans l'échelle évidente. On peut s'attendre à ce que les amibiens répondent d'une manière significative aux items faisant allusion à leur santé générale, à la fatigue, aux vertiges et étourdissements, aux douleurs, aux troubles neuro-végétatifs (Cattan, 5), aux palpitations et précordialgies (Blanc et Siguier, 6). Nous avons ainsi compté 15 items auxquels les amibiens étaient susceptibles de répondre significativement. Comme leur moyenne brute pour cette échelle s'élève à 12,6, nous voyons que nous sommes en dessous de ce que nous pouvions escompter et que par conséquent *l'élévation de cette échelle n'est pas l'indice d'une anomalie de type hystérie clinique.*

Beaucoup plus intéressante se révèle être l'élévation

de l'échelle d'hystérie subtile dont le champ d'exploration concorde bien avec le type de malades auxquels nous avons affaire, c'est-à-dire une population qui, sans présenter d'anomalies psychiatriques évidentes, a un profil différent de la normale. La différence entre nos deux groupes est statiquement significative.

Quelle est la signification de cette élévation de l'échelle *d'hystérie subtile :* on sait que Wiener et Harmon (7) considèrent que les échelles subtiles sont des indicateurs de l'attitude du sujet au moment du test ; corrélées avec l'échelle K, elles semblent indiquer une attitude défensive de la part du sujet testé. C'est bien l'impresison qui se dégage de l'examen des items de l'échelle d'hystérie subtile : le sujet se présente comme « anormalement normal ». Mais ce n'est pas la seule notion que l'on peut retirer de cet examen : à travers la défense perce un désir d'affection et de contact social : à la question « Je crois que la plupart des gens seraient capables de mentir pour obtenir de l'avancement » le sujet répond « faux ». De même pour les items 71, 124, 265, 136, qui, comme celui-là, ont le sens général « les gens sont bons » quand l'on répond significativement. Dans le même ordre d'idées, il existe un groupe de 11 items (232, 233, 283, 26, 180, 265, 201, 172, 162, 109) pour lesquels le sens général est « je suis très sociable ».

— Exemple : « Quand je me trouve dans un groupe, j'ai du mal à trouver les choses qu'il est bon de dire. » Le sujet répond faux.

Toutefois, une forte répression arrête les élans euphoriques de ces personnes : le sujet manifeste un contrôle étroit de lui-même dans une série d'items où il refuse les plus petites anomalies ou les plus petits travers : il n'est pas « anormal ».

— Exemple : « Mon comportement dépend dans une large mesure des habitudes de mon entourage : il répond faux. De même pour les items 279, 6, 12, 141, 85, 125, 234, 213, 30.

Ainsi cette échelle semble traduire, à travers une forte défense, un besoin d'affection et de contact social réprimé. La relation avec autrui étudiée par cette échelle semble donc ambivalente, faite d'un mouvement en avant et d'un mouvement de retrait et de défense. Ce type de relation est proprement hystérique.

Il semble donc que ces malades, sans présenter de phénomènes cliniques de type hystérie de conversion, aient un type de personnalité comportant des traits hystériques les rapprochant de l'hystérie de caractère.

En ce qui concerne *l'échelle d'hypocondrie* de ces malades, la différence avec les normaux est statistiquement significative (1). Par contre, si nous comparons les résultats des amibiens chroniques avec ceux d'hypocondriaques du service, nous constatons que les chiffres sont comparables : 21 contre 21,40 aux hypocondriaques. La chronicité de l'affection est peut-être en cause : mais si nous comparons le score T des malades atteints de rhumatisme chronique de Pichot avec les nôtres, nous obtenons 53 pour les rhumatisants, 68 pour les amibiens. On peut penser également que la diversité des maux dont souffre l'amibien chronique peut expliquer cette élévation de l'échelle 1. Or, il n'en est rien car un examen des items de cette échelle révèle que ces malades sont susceptibles de répondre significativement à 10 items sur 33 (125, 189, 3, 51, 63, 163, 155, 175, 243, 153) dans le cadre des symptômes de l'amibiase chronique. Or leur moyenne brute est à 21.

Le facteur hypocondriaque paraît donc être indiscutable chez ces malades.

Pour ce qui est de la dépression, les amibiens là encore se situent à mi-chemin entre les normaux pour lesquels la moyenne est de 15,5 et les dépressifs du service de psychiatrie pour lesquels la moyenne est de 30. En effet, leur résultat moyen est de 26.

Cet élément ne nécessite aucune discussion approfondie puisque nous savons que cette échelle est très sensible et qu'elle met en lumière un élément que la clinique confirme amplement.

En conclusion, nous dirons que le M.M.P.I. nous a permis d'établir les faits suivants:

— Les amibiens chroniques ont un type de profil semblable à celui des maladies psychosomatiques.

— L'élévation de leur échelle d'hystérie est due pour une part aux symptômes qu'ils présentent et pour une autre part à un type de relation sociale et socio-familiale ambivalent qui les apparentent aux hystéries de caractère.

— Il existe des éléments psychonévrotiques faits d'hypocondrie et de dépression.

Les anomalies affectives de ces malades rendraient nécessaire une étude plus poussée de leur personnalité qui semble être de même type que celle que l'on trouve chez des malades atteints de recto-colite ulcéro-hémorragique (de M'Uzan, Bonfils et Lambling).

---

(1) Les normaux ont une moyenne de 10,5 à cette échelle ; les amibiens ont 21.

Chez les malades dont nous avons parlé, l'amibiase ne serait qu'un prétexte (ce qui explique le relatif insuccès des thérapeutiques ordinaires), d'extériorisation de situations conflictuelles, le plus souvent de conflits parentaux mal liquidés. Peut-être, comme chez les ulcéreux de Leverenz, les malades ayant les profils les plus proches de la norme seraient-ils ceux pour lesquels la thérapeutique s'avérerait la plus efficace (sur nos 40 malades, 2 avaient un profil dans les limites de la normale). Mais le recul nous manque pour nous permettre d'apprécier la valeur de cette hypothèse.

D'autre part, si une étude psychologique plus poussée de ces malades permettait d'affirmer l'origine conflictuelle de leurs maux, d'intéressantes perspectives thérapeutiques, en l'occurence psychothérapiques, s'ouvriraient.

Toutefois, il est nécessaire d'émettre des réserves quant à la valeur absolue de nos observations : une objectivité véritable aurait commandé de comparer les profils des amibiens à ceux d'autres malades de médecine pris au hasard. De même il aurait fallu confronter les résultats des amibiens et ceux des colopathes chroniques, afin d'établir la part réelle de l'amibiase dans les troubles affectifs observés.

Nous regrettons que le manque de temps et les limites de ce travail, déjà long, ne nous aient pas permis de le faire.

II. - AUTRES AFFECTIONS DE TYPE PSYCHO-SOMATIQUE

— Dans *l'observation* 254, le malade, âgé de 28 ans, nous est adressé par un des services de médecine de l'hôpital. Il souffre de troubles digestifs à type de douleurs gastriques. Ces douleurs sont ressenties comme des crampes. Elles surviennent 3 à 4 heures après les repas et ne sont pas calmées par la prise d'aliments.

On relève dans son histoire que ces douleurs ont commencé en Indochine, en 1955. Le malade a fait plusieurs séjours hospitaliers: en Indochine, au Maroc, en 1956; en Algérie, en 1957. Aucune étiologie organique, en particulier ulcéreuse, n'a pu être mise en évidence au cours de ces différents séjours. La même absence d'organicité est retrouvée par les médecins de l'établissement, qui nous l'adressent pour cette raison.

Le M.M.P.I. est d'un type bien connu : 1'325-9467/8. Nous avons vu que le type 132 est décrit dans la littérature comme le « V psycho-somatique ». Cette indication se révèle précieuse quant à l'interprétation d'un cas complexe. Les autres données de l'examen psychologique ont confirmé l'origine psycho-somatique des troubles digestifs de ce malade.

— Dans *l'observation* 235, le sujet est âgé de 44 ans. Depuis

1952 son activité s'est ralentie. Il souffre de céphalées. Son activité génésique est à peu près nulle. Il est asthénique et hyperémotif. Hospitalisé en 1957, on conclut à une *asthénie psycho-somatique* d'origine indéterminée. En 1958 il nous est adressé pour une symptomatologie à peu près analogue. Il est irritable et aisément fatigable. Son idéation est ralentie. Il se plaint de céphalées en casque à point de départ nuqual. Il ressent une sensation d'angoisse vesperale, accompagnée de palpitations et de tachycardie.

Son profil de M.M.P.I. est le suivant : 1" 328' 467-9/50 K. Là encore on retrouve le profil psycho-somatique 132.

III. - **L'INDEX F-K** des malades de ce chapitre est le suivant :

	Amibiens
15 à 14	1
13	2
12 à 11	1
10 à 8	1
7 à 6	2
5 à 4	3
3 à 2	
1	3
0	1
— 1	
— 2	2
— 3	1
— 4	4
— 5	1
— 6	1
— 7	1
— 8	
— 9	1
— 10	1
— 11	2
— 12	3
— 13	1
— 14	1
— 15	3
— 16	1
— 17	1
— 19	
— 20	
— 18	
— 21	1
— 22	1
TOTAL	40

En conclusion de ce chapitre, nous voyons que le M.M.P.I. est susceptible de rendre quelques services en

médecine générale. Il semble que de fructueuses recherchss puissent être entreprises dans ce domaine. Bien que la notion de relation psycho-somatique ne soit pas nouvelle, le remarquable travail de Mazaud et Signoret souligne l'aspect particulier du terrain de l'amibien. La thérapeutique bénéficie ainsi d'une orientation nouvelle qui doit se révéler fructueuse dans des troubles dont la désespérante chronicité est fort justement un motif de préoccupation pour le praticien.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — J. Delay, J. Perse et P. Pichot : « Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation » (chapitre III).

2 — D.N. Wiener : « Personality characteristics of selected disability groups ». *Genetic Psychology Monograph,* 1952, 45, 172-255.

3 — J. Vague : « La différenciation sexuelle humaine. Ses incidences en pathologie ». Masson, 1953.

4 — C.W. Leverenz : « M.M.P.I. on evaluation of its usefullness in the psychiatric service of a station hospital ». *War Medicine,* 1943, 4, 618-623.

5 — Cattan : « Importance des signes neuro-végétatifs dans l'amibiase intestinale chronique ». *Presse Médicale,* 25 août 1945.

6 — Blanc et Siguier : « L'amibiase. Etude clinique et thérapeutique ». *Expansion Scientifique Française,* 1950.

7 — D.N. Wiener : « Subtle and obvious keys for the M.M.P.I. ». *Journal of Consulting Psychology,* 1948, 12, 164-170.

RÉSUMÉ DE LA SECONDE PARTIE

Après l'examen des profils de 252 malades que nous avons définis au fur et à mesure, nous pouvons résumer les observations que nous avons faites :

1° Dans les névroses, le M.M.P.I. se révèle être d'un usage précieux : les échelles d'hypocondrie, de dépression, d'hystérie et de psychasthénie sont en dominantes.

Un profil monophasique avec présence de ces échelles est névrotique. Diphasique : le diagnostic se discute entre névrose grave ou psychose.

2° Dans des troubles du comportement tels que les troubles caractériels, l'homosexualité et les crises excito-motrices, l'échelle de schizophrénie se retrouve constamment associée aux échelles 4 et 6 (déviation psychopathique et paranoïa) pour les caractériels, à 3, 5 et 6 pour les homosexuels (hystérie, masculinité-féminité et paranoïa) et à 2 (dépression) et 7 (psychasthénie) dans des crises excito-motrices.

3° Dans les psychoses, le maniement du M.M.P.I. se révèle assez délicat : dans les psychoses avérées, il ne rend aucun service : sa passation est trop difficile et d'ailleurs la clinique fait facilement le diagnostic. Dans les psychoses au début, le M.M.P.I. est susceptible de rendre des services, mais ses informations doivent être accueillies avec réserve : les schizophrénies au début par exemple n'ont pas toujours un profil inquiétant. L'inverse est moins vrai et la constatation d'un profil anormal doit toujours amener une observation soigneuse et prolongée. Le M.M.P.I. peut donc être utilisé comme instrument de dépistage.

Les échelles que l'on rencontre dans ces cas sont surtout 6, 8 et 9 (paranoïa, schizophrénie et hypomanie).

4° Quelques catégories de malades non psychiatriques apportent les renseignements suivants :

— des énurétiques révèlent des traits caractériels et en dehors de ces troubles, il semble qu'il faille plutôt rechercher des lésions organiques ;

— des comitialités temporales montrent des profils qui

seraient psychotiques sans l'absence de l'élévation de l'échelle F ;

— dans les cas de sciatiques rebelles, la simulation est possible ;

— des amibiens chroniques ont des profils psychosomatiques suggérant la présence d'éléments névrotiques légers.

Troisième partie

COMMENTAIRES

CHAPITRE PREMIER

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

I. - COMMENTAIRES SUR LE TEST EN GENERAL ET INTERPRETATION

Parmi les rares études françaises concernant le M.M.P.I., il nous faut citer celle de Gayral, Carie, Jardillier et Sciolette (1).

Pour ces auteurs, le M.M.P.I. est inapplicable à beaucoup de malades. Il est très utile chez les petits mentaux, les dysthymiques, les schizophrènes et les psychasthéniques au début. Il est très efficace chez les déséquilibrés.

Nous souscrivons à peu près complètement à cette opinion. Par contre, Gayral et ses collaborateurs ne retrouvent pas la corrélation entre les échelles 7 et 8 (psychasthénie et schizophrénie) qui est classique et que nous avons constamment retrouvée. De même ces auteurs ne trouvent pas que l'échelle d'hystérie traduise les tendances pithiatiques. Là non plus, nous ne croyons pas devoir souscrire à cette opinion.

Delay, Pichot et Perse (2) ont également consacré une très importante étude à l'Inventaire du Minnesota, étude à laquelle nous nous sommes fréquemment référé.

En faisant un exercice de diagnostic aveugle avec le M.M.P.I., Pichot cite le chiffre de 59 % de pourcentage général d'accord entre le test et la clinique dans des catégories de malades comportant des hommes et des femmes comprenant des cas de névroses, de psychoses, de personnalités psychopathiques et de personnalités subnormales.

H.O. Schmidt (3) classe 121 sujets perturbés en personnalités inadéquates, psychopathes sexuels, psychonévroses légères, psychonévroses sévères et psychoses.

— Pour le groupe de personnalités inadéquates, il trouve un profil à sommet Pd (déviation psychopathique) avec association de Pa (paranoïa) et Sc (schizophrénie) ;

— Les psychopathes sexuels ont des sommets en Mf (masculinité-féminité) et Sc (schizophrénie) ;

— Les névrosés légers : ont un profil peu élevé avec dominances des échelles de névrose associées à Pt (psychasthénie) et Sc (schizophrénie) ;

— Les névrosés graves : forte élévation des 3 échelles de névroses, Sc est associée et Mf est basse ;

— Les psychotiques ont un profil diphasique : avec forte élévation des 3 échelles de névrose Hs, D, Hy (hypocondrie, dépression, hystérie), forte élévation de Sc, association de Pa.

Ces résultats sont assez comparables à ceux que nous avons obtenus.

II. - L'ATTITUDE DES SUJETS AU MOMENT DU TEST..

Ce problème est un des plus délicats qui soit confié au M.M.P.I. car il englobe le problème de la simulation ; nous avons vu que pour définir cette attitude nous disposions de plusieurs facteurs :

— L'échelle L qui détecte des simulations grossières et qui s'élève aussi chez des sujets à moralité très stricte ;

— L'échelle K qui, plus que le biais favorable qui est quasi-physiologique chez les normaux, mesure plutôt à notre avis la défense du sujet.

— L'échelle F qui s'élève dans l'exagération défavorable mais aussi chez les malades graves et chez les débiles ;

— L'index F-K que Gough proposait comme instrument plus efficace de détection de cette attitude.

1° Si nous utilisons la valeur + 4 que Gough propose comme limite au-dessus de laquelle il y aurait simulation dans les névroses, nous voyons que sur les 62 malades de notre chapitre des névroses, 15 seraient des simulateurs, ce qui est excessif.

Hunt propose + 11 : 7 de nos 62 malades sont au-dessus, ce qui est encore beaucoup.

Lofer propose + 16 : au-dessus de cette limite, 2 seulement de nos malades se trouvent.

2° Dans les troubles de la personnalité et du comportement : 7 malades sur 69 sont au-dessus de + 16.

Nous voyons que nous sommes amenés à reculer sans cesse les limites de notre index, car il est invraisemblable

que tant de simulateurs aient pu échapper à l'attention des médecins du service. Il nous faut aller jusqu'à + 19 pour ne trouver que 3 malades au-dessus de cette limite, proportion raisonnable.

3° Dans les psychoses, il faut aller jusqu'à + 21 pour n'avoir que 3 malades sur 35 au-dessus de cette limite.

4° Pour les malades non psychiatriques : nous voyons que les distributions sont plus ramassées : il n'y a guère que 6 malades au-dessus de + 9 parmi les énurétiques et 5 parmi les amibiens.

5° Un des médecins du service a réalisé un M.M.P.I. en essayant de simuler une schizophrénie au début : F-K = + 25. Son profil est de type : 8047* 6" 2153' 9 F.

De notre côté, nous avons réalisé le test en nous plaçant dans les mêmes conditions : notre profil est de type 8* 2" 07' 4635—1/9 F avec un F-K = + 9.

Nous voyons à la lueur de ces données que l'index F-K ne peut être utilisé qu'avec des fortunes diverses dans la détection de la simulation. Nous pensons que les limites classiques données par les auteurs doivent être largement haussées : elles correspondent à des données statistiques, or dans la pratique on a plutôt affaire à des individus qu'à des groupes. L'index F-K ne peut servir tout au plus qu'à donner une indication, précieuse certes, mais jamais catégorique sur l'attitude du sujet.

Il en est de même de toutes les autres données du M.M.P.I. concernant l'attitude du sujet : il n'existe aucun moyen vraiment objectif pour différencier le simulateur ou plus généralement le sujet qui aggrave délibérément ses troubles, du malade grave. Seule la clinique et l'expérience du spécialiste permettent de résoudre cette question, encore que des erreurs soient possibles comme nous l'avons vu (v. cas douteux).

Formes du test

Le M.M.P.I. est un test très long à faire passer. Souvent les malades se fatiguent avant d'arriver à la fin de ses 550 questions. Il s'agit là d'un des principaux inconvénients du test. Il n'est pas étonnant par conséquent que des chercheurs se soient attaqués au problème :

— Ainsi Obson (4) utilise seulement les 420 premières questions.

— Cantor (5) trie du M.M.P.I. 25 questions qui d'après lui sont suffisantes comme procédé de discrimination des

malades des différents services médicaux susceptibles de bénéficier des soins psychiatriques.

— Mac Donald (6) utilise 356 items seulement. Les coefficients de corrélation entre les échelles sont suffisamment élevés. Les coefficients test-retests indiquent une fidélité suffisante.

— Dans le service, notre camarade et ami F. Chabert a mis au point une forme écourtée comprenant 399 items qui sont les items significatifs des différentes échelles.

Ces différents procédés permettent de limiter dans une certaine mesure la fatigue des sujets qui passent le test et d'obtenir ainsi de meilleurs protocoles.

M.M.P.I. et niveau culturel

Nous avons déjà parlé de la liaison qui semble exister, dans une certaine mesure, entre le niveau culturel et l'élévation de l'échelle 5 (masculinité-féminité) [travaux de Jeanine Blanc-Garin sur les jeunes appelés du Centre de Présélection de Tarascon].

— Applezweig (7) recommande d'être prudent dans l'interprétation des profils de sujets présumés plus intelligents que la population sur laquelle le M.M.P.I. a été standardisé.

— Wexner (8) a cherché si une des échelles du M.M.P.I. était corrélée avec l'intelligence : il trouve que la seule corrélation significative est celle de l'échelle de paranoïa qui augmente légèrement quand l'intelligence croît.

— Winfield (9) par contre trouve qu'il n'y a aucune corrélation entre le niveau intellectuel et les scores du M.M.P.I.

On voit que la question est controversée. Il ne nous appartient pas de trancher ce problème. Des études ultérieures y parviendront certainement.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — L. Gayral, J. Carrie, P. Jardillier et Geneviève Sciolette : « Etude critique de l'Inventaire multiphasique de personnalité ». *Annales Médico-Peychologiques*, juillet 1951.

2 — J. Delay, P. Pichot et Perse : « Méthodes psychométriques en clinique ». Chapitre III de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota. Problèmes généraux.

3 — H.O. Schmidt : « Test profiles as a diagnostic aid : the Minnesota Multiphasic Inventory ». *Journal of Applied Psychology,* 1945, 29, 115-131.

4 — G.W. Obson, Hastings State Hosp. Minn. : « The Hastings short form of the group M.M.P.I. ». *J. Clin. Psychol.,* 1954, 10/4 (386-388), tables 1.

5 — J.M. Cantor, Los Angelès County Gener. Hosp. Los Angelès, Calif. : « A brief screening scale for psychopathological patients developped from M.M.P.I. score patterning ». *J. Clin. Psychol.,* 1955, I (20-24), tables 4.

6 — G.L. Mac Donald, Toledo State Hospital : « A study of the shortered group and individual forms of the M.M.P.I. ». *J. Clin. Psychol.,* 1952, 813 (309-311), tables 2.

7 — M.H. Applezweig, Connecticut Coll, Stows, Conn : « Educational levels and Minnesota Multiphasic profiles ». *J. Clin. Psychol.,* 1953, 3/4 (340-344), tables 2.

8 — L.B. Wexner, Dept. of Psychol., Purdine Univ., Lafayette : « Relationship of intelligence and the nine scales of the M.M.P.I. ». *J. Soc. Psychol.,* 1954, 40/1 (173-176), tables 1.

9 — D.L. Winfield, Kennedy Hosp. Vet. Adm. : « An investigation of the relationship between intelligence and the statistical reliability of the M.M.P.I. ».

CHAPITRE II

COMMENTAIRES SUR LES ÉCHELLES

L'ECHELLE L

1° En général

Comme nous l'avons déjà dit, cette échelle n'est à même de détecter que des tentatives grossières de dissimulation. Il ne faut malgré tout pas négliger le fait que certains individus ayant des convictions morales ou religieuses très strictes voient leur échelle L s'élever : cela se comprend aisément si l'on réalise que l'échelle L peint le comportement de la moyenne des gens : les sujets étant plus stricts que la norme répondent comme ceux qui essaient de se faire passer pour meilleurs qu'ils ne sont.

2° Chez les normaux

Hovey (1), dans une intéressante étude sur un groupe de 97 infirmières en stage pratique a corrélé des traits de personnalité notés par des examinateurs et des éléments du M.M.P.I. Nous citerons souvent cet intéressant travail qui constitue un essai d'application du M.M.P.I. à la détermination des traits de caractère des *personnes normales*. En ce qui concerne l'échelle L : il a noté que les infirmières ayant un L élevé ont tendance à avoir peur des malades mentaux, des difficultés à s'exprimer oralement. Elles sont de type persévérant et passif.

Quand L est bas, on a affaire à une personnalité équilibrée et à l'aise parmi les autres, affable, mais pas travailleuse.

3° Chez les hystériques

Il ne nous a pas été donné de retrouver l'élévation de l'échelle L signalée par Pichot chez les hystériques.

L'ECHELLE F

Cette échelle est intéressante parce qu'elle comprend des items faisant allusion à des troubles très divers ; il est

assez improbable qu'un sujet réponde significativement à de nombreux items de cette catégorie.

Plusieurs interprétations sont possibles en présence d'une échelle F élevée. Si F est très élevée ($\geqq 80$), trois hypothèses sont possibles :

— ou bien il s'agit d'une forte anormalité,
— ou bien d'une incompréhension profonde,
— ou bien d'une simulation volontaire ou non.

Si F n'est pas très élevée ($70 < F < 80$), on peut avoir affaire à une personne très dure envers elle-même ou très originale (Pichot) ou schizoïde.

Pour Modlin, 30 % des malades mentaux ont un score F au-dessus de 70.

Schneck (2) trouve que le M.M.P.I. n'est pas d'une grande utilité pour les investigations concernant les désordres du comportement et du caractère. En ce qui concerne l'échelle F, il pense qu'elle n'est pas capable non plus de fournir des indications utiles. Ses résultats portent sur plusieurs centaines de cas de militaires délinquants. L'importance de nos observations n'est assurément pas comparable. Il est toutefois notable qu'elles sont radicalement différentes et que le profil des malades que nous avons dénommés « caractériels » nous a toujours paru comme un des plus homogènes et des plus fidèles. Il est toutefois compréhensible que l'échelle F ne soit pas d'une grande utilité dans un pareil cas : les caractériels ne sont pas *très* anormaux, ni débiles, ils sont plutôt complaisants envers eux-mêmes que très critiques et quand on voit leur échelle F s'élever anormalement, on les soupçonne plutôt d'essayer de simuler pour échapper aux conséquences de leurs actes.

Brozek et Schiele (3) ont étudié les effets de l'inanition sur les êtres humains. Ils trouvent que les individus soumis à de telles conditions présentent des détériorations de la personnalité qui se traduisent par une élévation des échelles de névrose et dans quelques cas des échelles de psychoses. Ces auteurs trouvent que l'échelle F leur fournit des renseignements précieux et qu'il faut en tenir compte dans la détection des troubles de la personnalité.

L'ECHELLE K

1° Chez une population neuro-psychiatrique

Pichot nous a enseigné un certain nombre de points importants portant sur cette échelle.

a) une élévation de l'échelle K traduit une défense contre sa propre faiblesse psychologique.

b) l'élévation de l'échelle K chez un malade mental est un élément de bon pronostic, prouvant que le sujet est réagissant.

Nous ajouterons au *a*) que bien souvent il s'agit également d'une défense contre le test, jugé indiscrètement investigateur. Cette attitude se retrouve fréquemment chez des malades de médecine qui ne comprennent pas la raison d'investigations psychologiques et qui sont instinctivement hostiles à une exploration susceptible, à leurs yeux, de mettre en doute la réalité des troubles allégués par eux.

2° Chez les normaux

Pour *Hovey*, un K élevé traduit chez des infirmières de la réserve, de la maturité, de la crainte des malades mentaux, des difficultés d'expression orale, de l'affabilité.

L'ECHELLE Hs (Hypocondrie)

1° Chez des malades atteints de maladies somatiques

Une question importante qui se pose à ce sujet est de savoir si l'existence d'une maladie organique est capable d'élever le score de l'échelle d'hypocondrie.

Nous avons vu que les auteurs, quand ils ont publié l'échelle en question étaient affirmatifs : une maladie physique n'élève pas notablement le score : 50 malades de médecine générale ont une moyenne de 58,1 contre 74,2 à 25 hypocondriaques.

Les « Notes Techniques sur l'Inventaire Multiplasique de Personnalité du Minnesota » éditées par le 1er bureau de l'Armée notent dans leur recommandation « de ne pas oublier que les sujets à Hs élevé peuvent avoir une maladie organique réelle ».

Ces deux points de vue sont en nette contradiction. Pour notre part, nous n'avons malheureusement pas l'expérience des M.M.P.I. de malades de médecine générale. Remarquons toutefois que les items de l'échelle d'hypocondrie portent sur des domaines si variés et si étendus qu'il est assez improbable que quelqu'un ayant une maladie bien définie réponde significativement à un grand nombre de questions.

2° Chez les normaux

Pour Hovey, la présence d'un Hs élevé chez les normaux traduit une lenteur d'adaptation. Un Hs bas au contraire est corrélé avec la vivacité et l'aisance de l'expression orale.

3° Les associations

L'association avec 2 d'après Meehl et Hathaway (4). Ce sont pour la plupart des malades qui souffrent, sans considération du diagnostic formel. Certains de ces malades sont catalogués schizophrénie ou même « psychopathie ». Il faut s'attendre chez eux à trouver de la douleur, de la dépression, de l'irritabilité, de la timidité et de l'isolement, des préoccupations somatiques. Ces malades sont anxieux, soucieux et ruminent leurs préoccupations corporelles. 2/3 de ces malades furent classés dans le groupe des affections névrotiques : hystérie et hypocondrie et quelquefois mixte. Le tiers restant se répartit dans la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive.

Ce type de profil exclut les désordres de la conduite et les personnalités psychopathiques.

L'association avec 3. Meehl et Hathaway définissent cette association comme étant un « V de conversion » ou une « vallée hystéroïde », avec un D plus bas que ses deux voisins. Dans la majorité des cas, on trouve chez ces sujets de la souffrance et des symptômes quelconques incluant l'alimentation : anorexie, vomissements hystériques, douleurs après les repas ou au contraire boulimie. D'autres formes de conversion sont, bien sûr, possibles.

Les personnes qui ont une association 13 ou 31 en dominante éprouvent des douleurs différentes des personnes qui ont 12 ou 21. Les premiers souffrent plus volontiers de la tête, du dos, des bras ou des jambes, des yeux, du cou ; tandis que les 12 ou 21 expriment des souffrances viscérales basses, intestins surtout. Quand les cas de « vallée hystérique » ont des douleurs internes, elles sont plus hautes : précordialgies par exemple.

Une minorité des cas 31 ou 13 ont une personnalité sociale et extravertie.

La majorité des malades de ce type sont des névrosés. Peu de cas de psychoses dans ces malades et encore ils sont atypiques. Le diagnostic principal était « hystérie de conversion ». Cette configuration se rencontre le plus souvent chez les femmes. Chez les hommes, elle suggère une utilisation socialement orientée, passive et dépendante de la somatisation à des fins névrotiques.

Pour Guthrie (5), *l'association avec 2 :* les profils de type 21 et 23 présentent un des deux types de symptômes suivants : douleurs épigastriques ou tension et dépression. Rien dans leurs profils ne permet de différencier les deux groupes. De nombreux malades présentent des symptômes concernant le tractus gastro-intestinal supérieur. Par contre, peu de ceux-ci ont des douleurs multiples. Ces malades ressemblent à ceux décrits par Alexander au sujet du syndrome ulcéreux : ils sont actifs et industrieux mais « immaturs » et dépendants.

L'association avec 3 : il y a peu de différence entre les profils de type 1-3 et ceux de type 31. Les malades de ce type se plaignent de maux de tête, de douleurs dans le dos, dans la poitrine et de troubles abdominaux. L'hystérie de conversion était excessivement rare dans le groupe sur lequel fut faite cette étude. Les malades apparaissaient comme ayant derrière eux un long passé d'insécurité et d'immaturité et une tendance à présenter des symptômes sous l'influence des « stress ». Ils répondent significativement aux items qui traitent des douleurs et aux items subtils qui suggèrent un manque de self-critique.

Pour Pichot : la « vallée hystérique » de Meehl et Hathaway devient le « V psycho-somatique ». Pour lui, il est impossible de distinguer les hystéries de conversion des affections psycho-somatiques.

Nous avons vu pour notre part que ce type de profil se retrouve chez des amibiens chroniques et chez les hypocondriaques.

L'ECHELLE 2 (dépression)

1° Dans les névroses

En dehors de l'aspect dépressif que cette échelle détecte avec une grande sensibilité, l'échelle 2 est un des facteurs constituants de la « triade névrotique » : 1, 2 et 3. Elle se retrouve dans la grande majorité des névroses.

2° Pour les normaux

Selon Hovey, l'élévation de l'échelle 2 traduit de la timidité, du manque d'agressivité. Au contraire, les sujets ayant un D bas ont de l'initiative, ils sont équilibrés et à l'aise parmi les autres, ils s'adaptent rapidement, ils participent activement aux discussions de groupe, ils ont un

sens social développé, ils sont émotionnellement stables, efficaces, ils aiment les responsabilités et ils ont des facilités d'expression orale.

Pour Black (6), des étudiantes ayant une échelle 2 élevée sont généralement dépeintes par leurs camarades sous le simple terme « timide ». Elles se dépeignent elles-mêmes avec un grand nombre d'adjectifs exprimant le mécontentement de soi et une auto-critique exagérée.

Cet auteur conclut que ces caractères rendent le sujet qui lespossède extrêmement réceptif à la thérapeutique car ils ont un grand désir de changer.

Pour Patten (7) : les sujets présentant un total élevé à l'échelle 2 sont « déficients dans l'expression écrite ».

Les associations

L'association 21 :

Nous l'avons déjà vue avec l'hypocondrie.

L'association 23 :

— *Pour Guthrie :* les malades de ce type sont semblables aux malades de type 21.

— *Pour Meehl et Hathaway :* dans ce groupe, les auteurs ont surtout des femmes. La majorité montre de la dépression. Une forte minorité présente de la faiblesse, de l'apathie, de l'agitation ou de la tension.

Ces cas étaient à peu près également composés de psychotiques (psychose maniaco-dépressive et mélancolie d'involution, presque jamais schizophrénie ou état pranoïde, jamais de manies), de psychonévroses (de tous types mais peu d'hystéries de conversion). Ce type de profil exclut la personnalité psychopathique.

L'association 27 :

— *Pour Guthrie :* c'est le groupe le plus homogène de son étude : une moitié de ces cas était sérieusement déprimée. Le reste répondait à des diagnostics tels que « syndrome d'effort », « fatigue », « épuisement ». Les traits psychasthéniques de rigidité et d'inquiétude excessive étaient fréquents parmi les hommes. L'analyse des items montre que ces malades sont malheureux avec eux-mêmes et mal à l'aise avec les autres. Ils se plaignent d'un manque d'efficience et d'initiative, de manque de concentration et de perte de confiance en eux-mêmes. Contrairement à l'attente, les malades dépressifs ne répondent pas bien au traitement. On ne note pas non plus de réablissement

spontané, ce qui est fréquent avec des dépressions peu accusées.

— *Pour Hathaway et Meehl :* il s'agit en majorité de dépressifs. Ils sont décrits comme tendus et nerveux. Pour une forte minorité, on trouve de l'anxiété, de l'insomnie, de l'hyperémotivité. Les psychoses dominent légèrement les névroses dans ce groupe. Le diagnostic le plus fréquent dans ces cas de psychose est dépression (psychose maniaco-dépressive ou mélancolie d'involution). Il y a des schizophrénies mais elles sont rares.

Pour notre part, nous avons observé ce type d'association chez les psychasthènes et également dans de nombreux profils réactionnels rencontrés tout au long de notre étude.

L'association 2-7-8 :

Nous l'avons rencontrée chez les malades présentant des crises excito-motrices sans pouvoir être bien affirmatifs en matière de signification de cette association. Cette association peut s'expliquer par le fait que de nombreux items sont communs à ces 3 échelles :

— D et Pt ont 13 items communs.

— D et Sc en ont 8.

— Pt et Sc en ont 15.

L'ECHELLE 3 (hystérie)

1° Chez des sujets normaux

— *Pour Hovey :* les sujets de son étude (infirmières) ayant une échelle 3 élevée sont : « immaturs », affables, enthousiastes, coopérants, joyeux mais peu soignés de leur personne.

Si Hy est bas : les sujets ont confiance en eux mais sont peu travailleurs.

— *Pour Hathaway :* les sujets à échelle 3 élevée sont décrits comme étant : « francs, bavards, enthousiastes, sociables, aventureux, affectueux, harcelants ».

— *Pour Gough :* ils ont besoin d'approbation sociale, de responsabilités de groupe. Ils sont courtois, naïfs, « immaturs » et se jugent mal.

— *Cottle* (8) pense que l'échelle Hy élevée chez des normaux traduit un manque de confiance en soi.

— *Black* trouve chez ce genre de sujets le même manque d'introspection que Gough. Ils ont besoin de se voir sous un éclairage favorable. Leur entourage trouve

qu'ils ont de nombreux sujets de plaintes physiques, qu'ils sont irritables, flatteurs, manquant d'énergie et influençables.

2° Dans une population neuro-psychiatrique

Nous avons vu que l'élévation de cette échelle est assez souvent associée à une élévation de l'échelle 1 en raison de leurs items communs. Chez les malades de neuro-psychiatrie, la corrélation est de .71. (ou 0,71).

Nous avons vu également que cette association, si elle s'accompagne d'un D (dépression) plus bas, donne au profil la forme d'un V appelé « psycho-somatique » par Pichot et « vallée hystéroïde » par les Américains.

Chez les hypocondriaques, c'est la branche gauche du V qui domine, alors que chez les hystériques c'est plutôt la branche droite. Dans ce dernier cas, il s'agit plutôt d'hystérie de conversion, car ce sont les items somatiques qui sont communs aux échelles 1 et 3.

Or ces items constituent l'échelle Hy (O) qu'il nous a semblé trouver en général plus élevée dans les cas de conversion.

Une élévation isolée de l'échelle 3 est donc plutôt l'indice d'une hystérie de caractère.

Les associations

— *3-2.* — *Pour Guthrie,* ce groupe a été difficile à étudier parce que plus de la moitié des sujets ne sont pas revenus se faire soigner après le passage du test. On n'a jamais pu savoir si leurs petits symptômes étaient calmés par la visite du médecin ou s'ils sont allés en voir un autre. Ceux qui sont revenus ont montré des symptômes changeants qui ne s'aggravaient ni ne guérissaient. Bien que l'échelle D soit élevée, ils montraient peu de signes de dépression.

L'analyse des items montre un petit nombre d'items concernant la santé. Le reste est constitué d'items d'hystérie subtile. Ces malades refusent de se considérer comme socialement inadaptés. Ces résultats combinés à ceux de l'entretien suggèrent une personnalité non-introspective, non-intuitive et très résistante à la psychothérapie.

L'ECHELLE 4 (déviation psychopathique)

Chez les normaux

— *Pour Hovey :* les sujets ayant un Pd élevé participent activement aux discussions de groupe. Ils ont de l'initiative et ils aiment les responsabilités.

Si Pd est bas : les sujets manquent de persévérance et ont les caractéristiques opposées de ceux ayant un Pd haut.

— *Pour Black :* les adjectifs que l'on rencontre le plus fréquemment dans les descriptions faites par l'entourage du sujet sont : incohérent, capricieux, partial, sociable, frivole, arrogant.

Les auto-descriptions mentionnent les termes de malhonnête, vif, intelligent, cynique, travailleur, apathique, rêveur.

— *Pour Hathaway :* ils sont souvent : sociables, francs, bavards, aventureux, individualistes et amateurs de boissons.

— *Williamson* (9) trouve que les étudiants qui s'occupent de politique ont des résultats 4 et 6 plus élevés que ceux qui exercent leur activité dans d'autres branches.

— *Norman* (10) trouve que l'échelle 4 est plus élevée chez les étudiants de psychologie et de sociologie que chez les autres. Il interprète ces faits comme témoignage de l'intérêt de ces étudiants pour les misères sociales et leur désir de changement social.

— *Drake* (11) trouve que des étudiants ayant des difficultés sociales à cause de leur caractère agressif ou entêté ont des profils avec des échelles 4 et 9 élevées et 5 basse.

— *Warren* (12) signale que les sujets ayant un résultat élevé à l'échelle Pd n'apprennent pas une discrimination conditionnée (clignement d'œil) aussi bien que les sujets qui ont un total faible dans cette échelle. L'auteur interprète ces résultats comme indiquant que le groupe tend à éviter un désagrément immédiat.

— *Scneck* trouve chez 221 militaires punis de prison des profils où les échelles 4 et 9 sont dominantes.

— Pour notre part, nous pensons que chez des adolescents la constatation d'une échelle 4 élevée traduit souvent une réaction contre le milieu familial : en effet, sur les 50 items de l'échelle, 10 ont trait aux relations avec la famille, ce sont : 21, 42, 216, 224, 245, 96, 137, 141, 235, 237.

Chez des malades

Les sujets ayant une échelle 4 élevée sont semblables à ceux qui ont été utilisés pour la construction de l'échelle.

Il faut remarquer, avec de nombreux auteurs, que des sujets à échelle Pd élevée font souvent excellente impression au premier abord.

Les associations

— *4 + 6 + 8 :* nous avons vu que cette association se trouve souvent chez des caractériels. Quelquefois, chez de tels malades, on trouve aussi l'association 4 + 9.

— *4 + 6 :* Meehl et Hathaway ne trouvent aucun trait ou symptôme qui caractérisent ce groupe. Dans une large minorité de cas, ces auteurs trouvent de la dépression, de l'irritabilité, du nervosisme, de la méfiance, un jugement défectueux et souvent de l'alcoolisme. Dans la moitié des cas, il s'agissait de troubles du comportement, de criminels et de psychopathes de toutes sortes. Un tiers de ces malades étaient schizophrènes, en général paranoïdes. Ce genre d'association exclut l'éventualité d'une psychose maniaco-dépressive ou d'une hébéphrénie.

En conclusion : l'échelle 4 est une échelle très valide qui se retrouve dans tous les cas de conduite asociale ou immorale. L'association avec 6 ou 9 (ou les deux) introduit une note d'agressivité et de revendication. Il ne faut jamais oublier, en présence d'une échelle 4 isolée chez un jeune, la possibilité d'une réaction contre le milieu familial, réaction quasi-physiologique. On peut vérifier cette hypothèse en étudiant la position de l'échelle 0 : si elle est normale, il ne s'agit pas d'un sujet asocial.

L'ECHELLE 5 (Masculinité - féminité - Mf)

L'auteur hollandais Hauwink (13) attire l'attention sur la difficulté de construction d'un test psychologique de masculinité-féminité. Un phénomène complexe comme la masculinité-féminité, dit-il, ne peut être étudié d'une manière adéquate par le moyen de simples inventaires, mais requiert une recherche dans le caractère de la personne, son adaptation sociale ou sexuelle.

La plupart des auteurs partagent cette opinion et c'est la raison pour laquelle l'échelle 5 est considérée partout avec méfiance.

Pour notre part, nous avons constaté que cette échelle est significativement élevée dans un petit groupe d'homosexuels. Nous avons d'autre part remarqué qu'elle pouvait se trouver élevée chez des personnes qui, sans être homosexuels, présentaient une féminité de goûts et d'intérêts. Enfin nos camarades qui utilisent le M.M.P.I. chez des normaux au Centre de Présélection de Tarascon ont confirmé la notion connue que le niveau culturel est en

rapport avec l'élévation de l'échelle 5, ceci bien entendu dans les limites de la normale.

— *Hathaway* trouve que les hommes ayant une échelle 5 basse et les femmes l'ayant élevée sont caractérisés par les termes : audacieux, calme, endurants et forts physiquement.

— *Black* constate que les femmes ayant une échelle 5 élevée se décrivent elles-mêmes comme étant sans énergie, incohérentes, anémotives, rudes, circonspectes.

L'entourage les présente comme manquant de réalisme, indécises, rebelles et naturelles.

Quand l'échelle 5 est basse, le même auteur l'interprète comme indiquant les caractères suivants : mondaine, décidée, versatile, populaire.

Ces termes qui sont ceux les plus employés par l'entourage ne tracent pas un portrait très net.

Ces personnes se décrivent elles-mêmes comme se méfiant d'elles-mêmes, insatisfaites, sensibles, nerveuses capricieuses, manquant de réalisme, polies, bavardes, aimant les arts, timides, sentimentales, indécises, naïves.

Hathaway et Meehl disent : « It is a clinical impression that low Mf scores in females represent an almost masochistic passivity. » (L'impression clinique est que les femmes qui ont un score Mf bas ont une passivité presque masochiste.)

Cette passivité masochiste n'est pas retrouvée par Black.

En fait et bien que nous n'ayons pas l'expérience du M.M.P.I. chez les femmes, il semble que toutes les descriptions font allusion à des caractéristiques de la personnalité féminine dont la « passivité masochiste » ne doit représenter que l'esprit de soumission.

L'ECHELLE 6 (paranoïa - Pa)

Chez les normaux

— *Pour Hovey :* une échelle Pa élevée traduit surtout un manque de confiance en soi, de la soumission. Quand Pa est bas, l'adaptation est rapide, la personne est équilibrée et à l'aise avec les autres.

— *Pour Black :* les personnes qui ont une échelle 6 élevée lui ont toujours semblé aimer critiquer les autres

mais être facilement blessées par la réciproque ; elles sont agressives, capricieuses et sceptiques.

Quand l'échelle 6 est basse, les sujets sont plutôt peu sociables, grossiers, gauches, timides et renfermés.

Ils sont humbles et insatisfaits d'eux-mêmes, circonspects et inflexibles. Ils ne sont pas joyeux et n'aiment pas rire.

Pour cet auteur, les sujets à échelle 6 élevée ou basse sont assez semblables. Ils ne diffèrent que sur la sociabilité : ceux-là se révélant à l'aise en compagnie au contraire de ceux-ci.

— *Pour Hathaway :* les personnes ayant une échelle 6 élevée sont caractérisées par les adjectifs : soucieuses, sensibles émotives, tendres, aimables. Celles qui ont une échelle 6 basse sont plutôt : joyeuses, regardant la vie en face, se méfiant d'elles-mêmes.

On voit que les descriptions de Black et d'Hathaway sont assez différentes. Celle d'Hathaway est d'ailleurs bien surprenante.

Chez des malades

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire passer le test à des paranoïaques véritables. Chaque fois que nous avons trouvé l'échelle 6, celle-ci faisait partie d'une association :

— soit avec 4 (déviation psychopathique) et 8 (schizophrénie) chez des malades que nous avons appelés « caractériels » ;

— soit avec 8 chez des schizophrènes, en général paranoïdes.

Il nous semble que cette échelle se révèle pratique et d'un usage valide.

Les associations

— *4 × 6 :* nous en avons déjà parlé avec l'échelle 4 (déviation psychopathique).

— *6 et 8* (schizophrénie) : *Hathaway et Meehl* retrouvent cette association dans des délires paranoïdes surtout. 3/5es de ces malades étaient des psychotiques, surtout des schizophrènes.

Une forte minorité était caractérisée par de la dépression, de l'apathie, de l'irritabilité, de l'autisme.

Quelques malades de ce groupe présentaient des troubles du comportement.

— *6 × 5 :* nous avons retrouvé cette association chez des homosexuels.

En résumé, à travers les descriptions des différents auteurs et d'après notre expérience propre, l'échelle 6 semble indiquer un trait qui est bien toujours le même malgré ses différences d'expression et qui repose sur une surestimation de sa propre personnalité : avec Hovey et Black, on voit les sujets insatisfaits d'eux-mêmes, ce qui est une forme de surestimation ; ils critiquent volontiers pour Black. Ils sont même agressifs (Black).

Chez les malades, cette surestimation du moi s'exagère jusqu'aux idées de persécution, aux interprétations et au délire.

L'ECHELLE 7 (psychasthénie - Pt)

Chez des normaux

— *Pour Hovey :* les sujets à échelle 7 élevée participent peu à des discussions de groupe. Ils sont timides et peu sociables.

— *Pour Black :* les étudiantes à échelle 7 dominante sont soumises, calmes, aimables et fidèles d'après leurs condisciples. Elles peignent d'elles-mêmes un tableau beaucoup plus sombre : mornes et dépressives, irritables, antipathiques, distraites, etc. Elles ont le même genre de réponse que le groupe à échelle 2 dominante. La différence réside dans le fait que le groupe 2 est plus nettement dépressif et qu'il donne des réponses plus purement affectives.

— *Pour Hathaway :* les personnes à Pt dominant sont soucieuses, paisibles, sensibles, sentimentales, individualistes et orgueilleuses.

Dans une population de collège, les individus ont une self-critique exagérée. Ils doutent d'eux et sont indécis. Ils ont des difficultés de concentration dans leur travail.

— *Gough* décrit ce type de sujet comme étant craintif, tendu, hésitant, mal à son aise, anxieux et éprouvant le sentiment de leur inadaptation.

— *Bier* (14) trouve que l'échelle 7 donne la meilleure discrimination entre les étudiants de collège bien et mal adaptés.

— *Black* lui-même, dans une autre étude, avait trouvé que les filles les plus timides et les plus sensibles avaient des scores 7 plus élevés que leurs camarades athlétiques ou agressives.

Chez des malades

Nous avons retrouvé l'échelle 7 comme prévu dans le profil moyen d'un groupe de malades psychasthéniques en association avec l'échelle 2.

Plus généralement et en dehors de toute activité phobique et obsessionnelle, l'échelle 7 nous a toujours semblé être un indicateur d'anxiété, stable et efficace. Ce résultat était prévisible car l'anxiété fait partie de la symptomatologie psychasthénique comme les auteurs l'ont expliqué dans la construction de l'échelle (v. première partie, échelle 7).

Les associations

— *7* × *2* (dépression : voir échelle 2).

— *7* × *8*. Nous savons que ces deux échelles sont fortement intercorrélées et que l'élévation de l'une ne va pas sans une élévation de l'autre. Pour nous, l'association 7 × 8 s'interprète comme une échelle 7, alors que 8 × 7 a le sens d'une échelle 8 élevée sans qu'il y ait forcément d'anxiété évidente.

— *Pour Meehl et Hathaway,* les profils de ce type concernent dans la majorité des cas des malades caractérisés par la dépression et l'introversion. Dans une forte minorité, ils présentaient les traits suivants : apathiques, nerveux, soucieux et irritables.

La moitié des cas étaient névrotiques, l'autre moitié psychotiques. Les névrosés étaient surtout des psychasthéniques, des dépressifs ou des névrotiques mixtes. Tous les diagnostics se voyaient dans les psychoses, excepté la manie.

En résumé : l'échelle 7 est une échelle de névrose. Meehl et Hathaway trouvent des psychotiques dans le groupe 7-8. Cela tient au fait qu'ils étudient dans le même groupe les profils 7 × 8 ou 8 × 7. Nous avons vu qu'il y a une grosse différence entre ces deux types.

L'échelle 7 se retrouve chez les psychasthéniques, les dépressifs, les névrotiques mixtes. Plus généralement, elle marque l'anxiété qui se retrouve dans tous ces états.

L'ECHELLE 8 (schizophrénie - Symbole Sc)

Chez les normaux

— *Pour Hovey :* les sujets ayant une échelle 8 élevée participent activement à des discussions de groupe. Ils sont ingénieux, ils ont de l'initiative. Leur jugement est pauvre, ils manquent d'enthousiasme. Quand l'échelle 8 est basse, ils sont affables et alertes.

— *Pour Hathaway :* ils sont soucieux, francs, aimables, courageux et ils ont des goûts artistiques.

— *Pour Cottle :* les étudiants à échelle 8 élevée semblent « to avoid reality by day dreaming and fantasy » (échapper à la réalité par la rêverie et la fantaisie).

— *Pour Gough :* ils sont modestes, secrets, hypersensibles, prudents, résignés.

— *Pour Norman :* les étudiants de mathématiques, chimie et physique ont un score moyen 8 plus bas.

— *Pour Black :* les sujets à échelle 8 ont des tendances schizoïdes au repliement sur soi-même. Ils sont humbles, paisibles, ils ont des goûts artistiques. Mais ils sont indépendants et « immaturs ».

Chez des malades

« The Sc scale measures the similarity of the subject's responses to those of patients who are characterized by bizarre and unusual thoughts or behavior. » (L'échelle Sc mesure la similitude des réponses des sujets à celles de malades qui sont caractérisés par des pensées ou un comportement bizarre et inhabituel.) Cette définition nous semble parfaite car elle concorde parfaitement avec ce que nous avons vu : l'échelle Sc caractérise les conduites anormales aussi bien des malades psychotiques que d'autres. C'est ce qui explique que cette échelle se retrouve si souvent dans des profils de malades d'un service de psychiatrie puisque d'une façon générale les malades d'un tel service y sont parce que leur comportement n'est pas « normal ».

Les associations

— *8 × 2.* Nous avons déjà étudié cette association avec l'échelle de dépression.

— *8 × 6.* Nous avons déjà étudié cette association dans le paragraphe consacré à l'échelle 6 (paranoïa). C'est

une association généralement rencontrée chez des malades psychotiques.

— *Pour Hathaway et Meehl :* dans la majorité des cas on trouve de la dépression, de l'anxiété ou de l'agitation. Pour une forte majorité, il s'agit de tendances hystériques. Dans de nombreux cas, il y a détérioration intellectuelle. Du point de vue diagnostic, la majorité de ces malades étaient classés mélancoliques ou schizophrènes avec une forte prédominance des premiers. Le reste se partageait entre les névroses mixtes ou moins fréquemment : dépression réactionnelle. Ce groupe ne comprenait aucune personnalité psychopathique.

— *8* × *4* × *6*. Nous avons trouvé cette association chez des malades présentant des troubles caractériels.

— *8* × *7* × *2*. Nous avons vu cette association chez des malades présentant des crises excito-motrices.

— *8* × *5* × *6* × *3*. Association rencontrée chez des homosexuels.

En résumé : l'échelle de schizophrénie porte une appellation trompeuse : elle n'est pas du tout spécifique de la schizophrénie, même pas des psychoses. Elle mesure un facteur général qui représente une conduite anormale, comme il est dit dans le Manuel. Le diagnostic aveugle, encore qu'à notre avis sa pratique expose à de graves déboires, doit tenir compte des associations de l'échelle 8 : une association 8 × 6 avec échelle 8 élevée est en faveur d'une psychose.

L'ECHELLE 9 (Hypomanie - Symbole Ma)

Chez des normaux

— *Pour Hovey :* les sujets ayant une échelle 9 élevée s'expriment aisément. Ils ont de l'initiative. Ils sont ingénieux. Ils ont confiance en eux et ils sont efficaces. Ils sont peu consciencieux, ils manquent de réserve ; ils ne sont pas timides. Ils aiment la responsabilité. Ils sont équilibrés et à l'aise au milieu des autres.

Quand l'échelle 9 est basse : les sujets n'aiment pas les discussions de groupe, mais ils sont persévérants.

— *Pour Hathaway et Meehl :* ils pensent que l'échelle 9 se retrouve chez des individus qui souhaitent être extravertis et actifs. Pour eux, la limite entre le normal et l'anormal est tracée par la capacité de terminer ce qui est

entrepris. Ils décrivent ces individus comme étant sociables, enthousiastes, francs, amateurs de boisson et idéalistes.

— *Gough* les trouve confiants, hypersensibles, manquant de persévérance, agressifs, charmants, expansifs, irritables et impatients.

— *Black :* l'entourage des personnes à échelle 9 élevée les trouve : égocentristes, exhibitionnistes, infantiles, gauches, mais aussi énergiques, entreprenants et même persévérants. Ces étudiants sont capables de réalisations mais leur conduite infantile les rend impopulaires. Il semble à cet auteur que les sujets de ce type effectueront avec bonheur des tâches qui demandent des contacts humains nombreux et superficiels.

Si l'échelle 9 est basse, les sujets sont renfermés, tranquilles, modestes, humbles et conventionnels.

Chez des malades

Nous avons vu l'échelle 9 en dominante chez un petit groupe de maniaques, ce qui est fort satisfaisant quant à l'efficacité de cette échelle. Le plus souvent, l'échelle Ma est associée à d'autres échelles.

— *L'association 9 × 4* (déviation psychopathique).

Nous l'avons trouvée quelquefois dans le groupe caractériel, en général l'échelle 6 était également présente.

— *Pour Hathaway et Meehl :* les personnes de ce groupe sont hyperactives. Une forte minorité était irritable, violent, bavard, extravertis, ambitieux et énergique.

Des profils de ce type éliminent l'hypothèse de psychonévroses. Les trois quarts des malades de ce groupe étaient psychotiques, presque tous maniaques, le reste était constitué par des états paranoïdes, des schizophrènes et delirium tremens. Une forte minorité était classée « psychopathes ».

— *L'association 9 × 8.*

Nous l'avons rencontrée chez des maniaques. Nous pensons que l'association 9 × 8 aussi bien que 8 × 9, surtout si l'échelle 6 y est associée, est d'un fâcheux augure : il s'agira presque toujours de psychose. Nous avons rencontré l'association 8 × 9 chez le groupe de schizophrènes du service utilisé dans ce travail.

En résumé : l'élévation de l'échelle 9 chez des normaux se rencontre chez des gens énergiques, actifs, mais peut-être un peu superficiels. Chez des malades, l'échelle 9 se retrouve surtout chez des psychotiques et dans quelques

cas chez des caractériels. Il semble y avoir antagonisme entre le type de personnalité caractérisé par les échelles 4 6, 9 et 2, 7, 8. Les premières seraient plutôt extraverties, les secondes l'inverse.

L'ECHELLE 0

Nous avons toujours considéré l'échelle 0 comme étant le reflet de l'activité sociale des individus. En ce sens, son élévation est plutôt corrélée positivement avec les échelles d'introversion : 2, 7 et 8 et négativement corrélée avec les échelles 9, 6 et 4.

CONCLUSION

Nous avons passé en revue la signification des différentes échelles, à la lumière de nos résultats et à celle des données de la littérature. Nous nous sommes efforcés de citer les références concernant la personnalité des individus normaux dont nous n'avons pas l'expérience. Nous avons vu que quelquefois ces données sont contradictoires et qu'elles nécessitent des études ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1 — H.B. Hovey : « M.M.P.I. profiles and personality characteristics ». *Journal of Consulting Psychology*, 1953, 17, 142-146.

2 — Schneck J.M. Branch U.S. Disciplinary Barracks, Camp., Cooke, Cal. : « Clinical evaluation of the F scale on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory ». *The American Journal of Psychiatry*, Baltimore 1948, 104/7 (440-442).

3 — Brozek J. and Schiele B.C., Laboratory of Physiological Hygiene and the Dept. of Psychiatry and Neurology, Univ. of Minnesota : « Clinical significance of the Minnesotl Multiphasic F scale evaluated in experimental neurosis ». *The American Journal of Psychiatry*, Baltimore 1948, 105/4 (259-266), graph. 7.

4 — S.R. Hathaway and P.E. Meehl : « The Minnesota Multiphasic Personality Inventory ». Military clinical psychology Dept. of the Army Technical Manual T.M. 8 : 242 and Dept. of the Air Force Manual A.F.M., 160-145, Washington ; U.S. Govts Printing office, 1951.

5 — G.M. Guthrie : « Common Characteristics associated with frequent M.M.P.I. profile types ». *Journal of Clinical Psychology*, 1952, 8, 141-145.

6 — J.D. Black : « Interpretation of M.M.P.I. profiles of college women ». Ph. D. dissertation, University of Minnesota, 1953.

7 — J. Patten : « Personnality patterns and written expression ». *Calif. J. Educ. Res.*, 1951, 2, 119-123.

8 — Cottle W.C. : « The M.M.P.I. a review ». Lawrence, Kansas, University of Kansas Press, 1953.

9 — E.G. Williamson and D. Hoyt : « Measured personality characteristics of studen leaders ». *Educ. Psychol. Measmt.*, 1952, 12, 65-78.

10 — Norman R.D. and Miriam Redlo : « M.M.P.I. personality patterns for various college major groups. *J. Appl. Psychol.*, 1952, 36, 404-409.

11 — L.E. Drake : « M.M.P.I. profiles and interview behavior ». *Journal of Counseling Psychology*, 1954, 1, 92-95.

12 — Warren A.B. and Grand D.A. Grad. Sch. of Univ. of Wisconsin Madison : « The relation of conditionned discrimination to the M.M.P.I. Pd personality variable ». *J. Exp. Psychol.*, 1955, 49-1 (23-27), graph. 1, tables 2.

13 — Hauwink R.H. Van Renesselaan 9, Zeist : « Masculiniteit en femininiteit in de psychologische diagnostiek ». *Ned. Tijdsch. Psychol.*, 1953, 8/4 (297-304), graph. 2.

14 — Bier W.C. (S.J.) : « A comparative study of a seminary group and four other groups on the M.M.P.I. ». *Stud. Psychol. Psychiat. Cathol. Univ. Americ.*, 1948, 7, 1-107.

CONCLUSIONS

L'idée à la base de ce travail était de s'informer des résultats de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota dans la pratique quotidienne d'un service de clinique neuro-psychiatrique militaire.

Afin d'être plus à même d'interpréter et de comprendre ces résultats, il nous a semblé indispensable d'étudier la structure interne des échelles pour bien préciser :

— d'une part la signification accordée par les auteurs aux termes psychiatriques qu'ils emploient ;

— d'autre part, le mécanisme de construction de chaque échelle et le type de malade qui ont contribué à cette élaboration.

Après nous être ainsi familiarisés avec la technique du test, nous avons analysé 250 résultats de malades en les groupant par catégories cliniques sommaires :

Nous avons remarqué que dans les névroses : ce sont surtout les échelles d'hypocondrie (1), de dépression (2), d'hystérie (3) et de psychasthénie (4) qui sont les plus élevées. Chacune de ces échelles domine généralement dans la catégorie qu'elle est censée mesurer. Les autres accompagnent le plus souvent l'échelle dominante car elles mesurent un facteur névrotique qui leur est commun. L'adjonction des échelles 6 (paranoïa) ou plus souvent 8 (schizophrénie) est un élément de gravité et de mauvais pronostic.

De même dans les troubles de la personnalité et du comportement, catégorie dans laquelle nous avons artificiellement rassemblé des caractériels, des homosexuels et des malades présentant des crises excito-motrices, le M.M.P.I. donne des indications intéressantes pour les deux premières catégories seulement : un profil dominé par les échelles 4 (déviation psychopathique), 6 (paranoïa) et 8 (schizophrénie) indique généralement des troubles caractériels alors que l'association : 5 (masculinité-féminité), 3 (hystérie) et 8 (schizophrénie) semble plus caractéristique des homosexuels.

Pour les psychotiques, le M.M.P.I. est d'une utilisation restreinte en raison des difficultés que représente sa passation. Dans les psychoses au début, l'Inventaire du

Minnesota est susceptible de donner des indications intéressantes dans une assez grande proportion de cas. Les échelles qui sont le plus souvent élevées dans les troubles psychotiques sont 6 (paranoïa), 8 (schizophrénie) et 9 (hypomanie). Certaines allures de profil sont plus spécialement évocatrices de psychose : profil monophasique avec dominance d'une des 3 échelles 6, 8 et 9 (qui sont communément appelées échelles psychotiques), profil diphasique avec élévation de la triade névrotique (1, 2 et 3), baisse des échelles centrales (4 et 5), dominance des échelles psychotiques (6, 8 et 9).

Dans la plupart des cas, la gravité des troubles est soulignée par l'élévation de l'échelle F au-dessus du score T = 70.

Le M.M.P.I. ne rend pas de grands services dans les affections neurologiques. Il peut tout au plus déceler certaines simulations grossières. L'étude d'un groupe d'énurétiques nous a permis de mettre en évidence des facteurs caractériels chez des malades dont on avait de bonnes raisons de penser que la cause de leur énurésie était purement psychique.

C'est dans les cas psychiatriques douteux que le M.M.P.I. trouve son maximum d'efficacité : il attire l'attention sur des malades hâtivement jugés normaux, il replace dans leur juste cadre des manifestations d'interprétation multiple, il modifie ou confirme le diagnostic clinique.

En Médecine Générale, le M.M.P.I. peut aider à l'évaluation des facteurs névrotiques dans des troubles complexes d'apparence organique. C'est ainsi que l'étude d'un groupe d'amibiens chroniques nous a révélé de tels facteurs, données qui se recoupent avec les travaux de Mazaud et Signoret suggérant un terrain particulier à ce genre de malades.

Dans une dernière partie, nous avons commenté nos résultats en les comparant à ceux des principaux travaux français et étrangers. Nous avons spécialement insisté sur les références concernant les individus normaux. Des recherches intéressantes, tendant à dégager les caractéristiques des personnalités normales ont été faites et seront poursuivies en raison de l'ampleur du champ d'études.

Nous pouvons donc penser en définitive que le but des auteurs qui était « d'explorer le plus largement possible les différents aspects de la personnalité normale et pathologique » est atteint (1).

S'ils cherchaient l' « application facile et pratique en

(1) Voir Introduction.

clinique », il semble que les auteurs aient atteint là aussi leur but en grande partie.

Nous ne ferons que deux réserves :

— La longueur du questionnaire et la forme souvent complexe des items sont préjudiciables à une passation aisée.

— Nous n'avons pas été convaincu de l'aptitude du M.M.P.I. à détecter la simulation de psychose. Nous avons vu que bien souvent la clinique et d'autres tests psychologiques doivent relayer le M.M.P.I. dans ces cas.

En bref, le clinicien peut avoir confiance dans l'efficacité de l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota. Toutefois, le souvenir de certaines erreurs flagrantes est encore présent à notre esprit. De son côté, Pichot trouve comme nous l'avons vu un pourcentage d'erreurs qui va jusqu'à 40 % dans les circonstances les plus défavorables. C'est dire qu'une certaine prudence est indispensable dans l'interprétation des résultats.

Il semble que l'on puisse étendre aux tests dits objectifs l'opinion émise par Bleuler en 1950 :

« Les tests de projection ne peuvent pas transformer la psychologie en une science assimilable aux mathématiques.»

Vu et approuvé
Le Président du Jury :
A. CREMIEUX.

Lu et approuvé
Le Doyen :
MORIN.

Vu et permis d'imprimer
Aix, Novembre 1958
Le Recteur : J. BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons jugé plus commode pour le lecteur de grouper à la fin de chaque chapitre les ouvrages et articles principaux se rapportant à la partie étudiée.

Nous avons renoncé à publier la bibliographie complète du M.M.P.I. en raison de sa longueur :

— en 1956 : 870 publications, la plupart américaines, avaient paru sur ce sujet.

Nous renvoyons le chercheur à l'ouvrage de base sur la matière qui est :

« Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine » edited by George Schlager Welsh and W. Grant Dahlstrom - Departments of Psychology and Psychiatry, University of North Carolina - University of Minnesota Press - Minneapolis.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
INTRODUCTION		21
PREMIERE PARTIE : *Structure et signification du test.*		
Chapitre	I : Généralités	25
»	II : Construction des échelles	29
»	III : Echelles de validité	33
»	IV : Echelles cliniques	41
»	V : Echelles récentes	59
DEUXIEME PARTIE : *L'application du test.*		
Chapitre	I : Application du M.M.P.I. chez des névrosés	69
»	II : Troubles du comportement et de la personnalité	83
»	III : Troubles psychotiques	95
»	IV : Malades neurologiques	105
»	V : Cas douteux	111
»	VI : Maladies psycho-somatiques	121
TROISIEME PARTIE : *Commentaires.*		
Chapitre	I : Commentaires généraux	133
»	II : Commentaires sur les échelles	139
CONCLUSIONS		159

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.